BARMER GEK HEIL- UND HILFSMITTELREPORT 2016

ANALYSEN ZUR HEIL- UND HILFSMITTELVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

BAND 41

herausgegeben von Thomas Brechtel, Nils Kossack und Daniel Grandt

IMPRESSUM

BARMER GEK
Postfach 110704
10837 Berlin

BARMER GEK Hauptverwaltung
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal

Daniel Grandt
Klinikum Saarbrücken gGmbH
Klinik für Innere Medizin I

Thomas Brechtel
37 Grad Analyse & Beratung GmbH

Nils Kossack
WIG2 GmbH

Endredaktion, Design und Realisation:
37 Grad Analyse & Beratung GmbH
Overstolzenstraße 2a
50677 Köln

Verlag: Asgard Verlagsservice GmbH
Schützenstraße 4
53721 Siegburg
ISBN: 978-3-946199-06-9

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 8

Kapitel 1
Einleitung und Ausgangslage

Transparenz 12

Kapitel 2
Methodik

2.1 Datengrundlage 19
2.2 Heilmittel 20
2.3 Hilfsmittel 20
2.4 Grundgesamtheit 21
2.5 Verordnungsquoten und mittlere Leistungsausgaben 21
2.6 Standardisierung 22

Kapitel 3
Grundlagen – Eine wichtige Unterscheidung: Was sind Heilmittel? Was sind Hilfsmittel?

3.1 Hilfsmittel: Produkte und Produktgruppen 27
3.2 Heilmittel: Bereiche der Versorgung 28

Kapitel 4
Analysen zu Heil- und Hilfsmitteln

4.1 Gesamtübersicht Heil- und Hilfsmittel 32
4.2 Heilmittelversorgung im Zeit- und Regionenvergleich 38
4.3 Verordner der Heilmittelleistungen – Kosten insgesamt und Kosten je Verordner 74
4.4 Hilfsmittelversorgung im Zeit- und Regionenvergleich 80
4.5 Spezielle Analysen für Hilfsmittelgruppen 85

Kapitel 5
Gesundheitspolitisch relevante Implikationen und Schlussfolgerungen

5.1 Hilfsmittel 94
5.2 Heilmittel 96

Kapitel 6
Häufige Fragen und Antworten zum Thema Heil- und Hilfsmittel 100

Anhang

Literatur und Internetlinks 106
Abkürzungsverzeichnis 108
Publikationen zur Schriftenreihe 110
Autorenverzeichnis 115
Bundesländer Deutschland 116

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Ausgaben für Heilmittel sind bei der BARMER GEK in den vergangenen drei Jahren um fast 16 Prozent gestiegen. Zugleich gibt es Bundesländer, in denen die Kosten für Ergo- und Physiotherapie, für Logopädie und Podologie je Versicherten fast doppelt so hoch sind wie in anderen Regionen Deutschlands. Dies geht aus dem Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER GEK hervor, der nunmehr zum siebten Mal erscheint. Dazu haben die Autoren des Reports die Daten von mehr als acht Millionen Versicherten aus den Jahren 2013 bis 2015 ausgewertet.

Nun machen Heil- und Hilfsmittel mit 13,7 Milliarden Euro im Jahr 2015 einen vergleichsweise geringen Anteil an den Gesamtkosten der Gesetzlichen Krankenversicherung aus. Andererseits gehört es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen, in allen Bereichen verantwortungsvoll mit den von den Beitragszahlern anvertrauten Geldern umzugehen und auf mögliche Fehlentwicklungen hinzuweisen. So ist auch der aktuelle Heil- und Hilfsmittelreport ein Beitrag zu mehr Transparenz. Er hilft, den Blick für Kosten und Qualität in der Versorgung zu schärfen. Eine klare Analyse ist schon deswegen erforderlich, da die demografische Entwicklung in Deutschland nicht der alleinige Hauptgrund für die gestiegenen Ausgaben ist. Auch andere Faktoren spielen eine Rolle, wie eine höhere Anzahl an Leistungsempfängern, mehr Verordnungen oder verordnete Mengen.

Auffällig ist beispielsweise, dass vor allem in den Regionen zunehmend häufiger Heilmittel verordnet werden, wo es immer mehr Leistungserbringer gibt. So ist zwischen den Jahren 2013 und 2015 die Zahl der Ergotherapeuten um 6,5 Prozent und der Kostenblock im Bereich der Ergotherapie um etwa 15 Prozent gestiegen. Diese Entwicklung ist zumindest auffällig und führt zu der Frage, ob Heilmittel immer leitliniengerecht verordnet werden oder ob es hier nicht eine Art „angebotsinduzierter Nutzung“ gibt?

Diese Frage ist umso drängender vor dem Hintergrund des geplanten Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Der HHVG-Entwurf sieht unter anderem Modellvorhaben vor, in denen die Ärzte bei den Heilmitteln Blanko-Verordnungen verschreiben sollen und der Leistungserbringer selbst entscheiden kann, welche Therapie der Patient in welchem Umfang erhält. Natürlich wird ein Therapeut in aller Regel sehr genau wissen, was ein Patient tatsächlich benötigt. Allerdings ist zu befürchten, dass diese Modellvorhaben den ohnehin drohenden Ausgabenanstieg noch weiter beschleunigen. Hinzu kommt, dass das HHVG die Begrenzung der Vergütungsanhebungen für Heilmittelerbringer von der Grundlohnsummenentwicklung für drei Jahre entkoppeln will. Dies könnte eine Preisspirale nach oben in Gang setzen, so dass allein an dieser Stelle der gesetzlichen Krankenversicherung Zusatzkosten im mittleren dreistelligen Millionenbereich drohen. Erwägenswert wäre daher eine Deckelung des Budgets für Heilmittelerbringer auf dem aktuellen Niveau.

Auch bei den Hilfsmitteln gibt es deutliche regionale Unterschiede. Je nach Bundesland reichen die Ausgaben morbiditätsbereinigt je BARMER GEK-Versicherten von 94 bis 125 Euro, was einem Schwankungsunterschied von gut 30 Prozent entspricht. Zudem ist bei den Hilfsmitteln eine stärkere Qualitätsdiskussion überfällig, da eine Bewertung ihres Nutzens bislang kaum erfolgt. Daher ist es auch richtig, dass die Krankenkassen nach dem HHVG künftig neue Qualitätskriterien bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln aufnehmen können.

Mein Dank gilt insbesondere dem Autorenteam, das sich mit hoher Fachexpertise diesem komplexen, aber für die Versorgung von Patientinnen und Patienten immer wichtigeren Thema gewidmet hat. Den Leserinnen und Lesern unseres Heil- und Hilfsmittelreports 2016 wünsche ich eine anregende Lektüre.

Dr. med. Christoph Straub

Vorstandsvorsitzender
BARMER GEK
Berlin, im Oktober 2016

KAPITEL 1
EINLEITUNG UND AUSGANGSLAGE

EINLEITUNG UND AUSGANGSLAGE

Der BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport informiert seit 2010 jährlich über die Situation im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Dazu gehören einerseits die Leistungen im Bereich der Physiotherapie, Logopädie, Podologie und Ergotherapie, andererseits aber auch die Darstellung der Versorgung mit einer Vielzahl von Hilfsmitteln. Ob und wie sich die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln im Zeitverlauf verändert hat und wo Schwerpunkte oder auffällige Entwicklungen liegen, ist traditionell Gegenstand der Analysen dieses Reports. Es geht darum, aktuelle Entwicklungen in diesen beiden sehr unterschiedlichen Versorgungsbereichen anhand der vorhandenen Routinedaten zunächst einmal nachzuvollziehen. Jede Entwicklung beziehungsweise Veränderung birgt Chancen und Risiken für die Versorgung. Aufgabe dieses Reports ist es deshalb auch, diese herauszuarbeiten und die oft wenig in der Öffentlichkeit beachteten Themenfelder der Heil- und Hilfsmittel transparent zu machen.

Diesem Gedanken folgend nimmt sich die aktuelle Ausgabe des Heil- und Hilfsmittelreports das Thema Transparenz zur Aufgabe. Der Report hilft dabei, den Blick für Transparenz, Kosten und Qualität in der Versorgung der BARMER GEK-Versicherten zu schärfen. Für die Leistungsbereiche der Heil- und Hilfsmittelversorgung zeigt er im Überblick wichtige Grunddaten. Im Teil „spezielle Analysen" widmet er sich in einigen spezifischen Auswertungen den Versorgungsbereichen „Physiotherapie" und auf dem Gebiet der Hilfsmittel den „orthopädischen Schuhen, Einlagen und Bandagen".

Transparenz

Unter Transparenz versteht man im Wesentlichen die Durchschaubarkeit und Nachvollziehbarkeit von Sachverhalten und Entscheidungsprozessen. Im Duden taucht der Begriff der Transparenz vor hundert Jahren erstmals auf. Aus dem Französischen übernommen ist er unverkennbar lateinischen Ursprungs und verbindet das „Hindurch" (trans) mit dem „Erscheinen" (parere). Letzteres lässt sich aber auch als „gehorchen oder untertan sein" übersetzen, und so klingt im Wort Transparenz bereits an, was sich

mit der aus dem Bereich der Optik entliehenen Metapher verbindet: Der Wunsch danach, dass Informationen frei zugänglich sind und Akteure ihre Handlungs- und Entscheidungsprozesse für die interessierte Öffentlichkeit, also für die Bürger oder eine Gruppe von Betroffenen nachvollziehbar und durchschaubar darlegen.

Transparenz im Sinne dieses Reports bedeutet aufzuzeigen, in welchen Bundesländern und bei welchen Versichertengruppen beziehungsweise Erkrankungen bestimmte Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln häufiger oder seltener vorkommen als im Durchschnitt. Warum werden hier so viele Krankengymnastik-Behandlungen verordnet, dort aber nicht, und warum bekommen manche Versicherte so wenig Heil- oder Hilfsmittel verordnet, andere dies aber im – zumindest subjektiv empfundenen – Übermaß?

Die in diesem Report dargestellten Analysen und die Interpretationen der Ergebnisse widmen sich speziell dieser Perspektive. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass der Leistungsbereich und die persönlich zu erbringenden Leistungen in diesem Versorgungsgebiet sowie die Produkte im Bereich der Heil- und Hilfsmittel (noch) nicht im Mittelpunkt der Betrachtung bezüglich der Ausgabensituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen oder standen, wie dies etwa bei Arzneimitteln oder Behandlungskosten im Krankenhaus der Fall ist. Dies liegt sicherlich zu einem Teil an dem relativ niedrigen Anteil der Heil- und Hilfsmittel an den Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Andererseits gehört es zur Aufgabe der Krankenkassen, sorgfältig mit den ihnen anvertrauten Geldern umzugehen. Das beinhaltet auch, Kostenentwicklungen frühzeitig zu erkennen und – unabhängig von ihrer Höhe in relativen oder absoluten Beträgen – darauf geeignet zu reagieren. Ein Beispiel: Während eine Kostensteigerung für ein innovatives Produkt, beispielsweise eine verbesserte Hörhilfe, durchaus denkbar und auch gängige Praxis in der Gesundheitsversorgung der GKV ist, wäre eine erhebliche Kostensteigerung für eine Leistung, die sich in Qualität und Umfang nicht verändert hat, auf ihre Ursachen hin zu prüfen.

Gesetzlich versicherte Mitglieder einer Krankenkasse haben Anspruch auf Heilmittel wie beispielsweise Krankengymnastik, Massage, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder Ergotherapie. Die verordnungsfähigen Heilmittel sind durch eine entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt (G-BA 2011). Der zweite Teil dieser Richtlinie ist der Heilmittelkatalog, in dem geregelt wird, welche Heilmittel wie bei bestimmten Krankheiten oder Symptomen angewendet werden dürfen.

Nach § 92 Absatz 6 SGB V werden die verordnungsfähigen Heilmittel im Heilmittelkatalog den jeweiligen Indikationen zugeordnet. Der Indikationskatalog unterteilt Maßnahmen der physikalischen Therapie dabei in vier Gruppen: Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen der inneren Organe und sonstige Erkrankungen. Einzeldiagnosen werden in Diagnosegruppen zusammengefasst. Für die Verordnung eines Heilmittels gelten die gleichen Anforderungen wie für andere Leistungen in der GKV: Sie sollen gemäß dem allgemein anerkannten Kenntnisstand eingesetzt und wirtschaftlich erbracht werden. Die ärztlich verordneten Heilmittel dürfen nur von zugelassenen Heilmittelerbringern wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen erbracht werden (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016).

KAPITEL 2
METHODIK

METHODIK

Zentrale Kategorie für die hier gezeigten Daten ist das Merkmal Transparenz. Der Heil- und Hilfsmittelreport verwendet zur Beschreibung des Leistungsumfangs, der Menge und der Kosten des Verbrauchs von Heil- und Hilfsmitteln in der Bevölkerung die bei der BARMER GEK vorhandenen Abrechnungsdaten der Versicherten in anonymisierter Form. Da alle Leistungserbringer die zulasten einer gesetzlichen Krankenkasse erbrachten Leistungen mit der entsprechenden Krankenkasse versichertenbezogen abrechnen, kann anhand dieser Daten der Status quo der Versorgung der Versicherten abgebildet werden.

Diese Abrechnungsdaten werden im Rahmen der Versorgungsforschung auch als Sekundär- oder Routinedaten bezeichnet, da ihr primärer Erfassungsgrund die Abrechnung erbrachter Leistungen ist und nicht die detaillierte und vollständige Dokumentation der durchgeführten Behandlungen und Krankheitsbilder. Dies ist entsprechend bei der Nutzung dieser Daten für sekundäre Fragestellungen, die nicht direkt die Abrechnung von Leistungen betreffen, wie etwa im Bereich der Versorgungsforschung, zu berücksichtigen. Zur Darstellung des Verbrauchs von Heil- und Hilfsmitteln, wie in diesem Report dargestellt, sind diese Daten jedoch sehr gut geeignet.

Für die wissenschaftliche Versorgungsforschung mit Routinedaten werden daher unter anderem die „Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis" – GEP (Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie – DAE 2016) und „Gute Praxis der Sekundärdatenanalyse" – GPS (Swart et al. 2014) erarbeitet und etabliert. Beide Leitlinien werden bei der Aufbereitung der vorliegenden Abrechnungsdaten und der Ergebnisinterpretation der durchgeführten Analysen berücksichtigt.

Die Berücksichtigung dieser Leitlinien umfasst aus datenschutzrechtlichen Gründen die Verarbeitung ausschließlich pseudonymisierter Daten. Das heißt, dass weder die Identität

der individuell versicherten Person noch die Identität der individuellen Leistungserbringer nachvollziehbar sind. Die Informationen, wie etwa die gestellten Diagnosen oder die verordneten Heil- und Hilfsmittel, können über Pseudo-Versichertennummern beziehungsweise Pseudo-Leistungserbringernummern jedoch zusammengeführt werden, sodass eine versichertenbezogene und gleichzeitige anonyme Datenanalyse realisierbar ist. Dies ermöglicht es, die individuelle Leistungsinanspruchnahme der Versicherten abzubilden und über alle Versicherten hinweg Aussagen zur Inanspruchnahme von Leistungen, etwa nach Alter, Geschlecht oder Region differenziert, zu treffen.

2.1 Datengrundlage

Datengrundlage sind die Versicherten- und Abrechnungsdaten der BARMER GEK der Jahre 2013 bis 2015. Die Verwendung der Daten mehrerer Jahre erlaubt die Analyse der Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln im zeitlichen Verlauf mehrerer Querschnitte, wodurch die Kosten- und Mengenentwicklung innerhalb des definierten Zeitraums beschrieben werden kann.

Die Darstellung des Heil- und Hilfsmittelverbrauchs erfolgt auf Grundlage der Abrechnungsdaten auf Basis des § 302 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Diese Daten umfassen die Leistungen aus dem Bereich Heil- und Hilfsmittel. Im vorliegenden Report werden alle in dem jeweiligen Jahr verordneten Heil- und Hilfsmittel, die bis Ende März des darauffolgenden Jahres erbracht und abgerechnet wurden, berücksichtigt und dem Verordnungsjahr zugeordnet. Die dargestellten Kennzahlen umfassen hierbei nur die über die BARMER GEK abgerechneten Heil- und Hilfsmittel. Verordnungen, die durch die Versicherten nicht eingelöst wurden, privat finanzierte Heil- und Hilfsmittel sowie nicht genehmigte Hilfsmittel werden nicht erfasst. Somit wird im vorliegenden Report die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln aus Perspektive der Krankenkasse (fast) vollständig abgebildet. Die Detailanalyse der vorliegenden Daten findet unter Verwendung der Heilmittel- (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011), beziehungsweise der Hilfsmittelrichtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016) statt. Hierdurch können Aussagen zur Art und Menge der Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie zur Indikation der Heilmittelverordnung getroffen werden.

2.2 Heilmittel

Alle Heilmittelleistungen sind im bundeseinheitlichen Heilmittelkatalog (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) nach Positionsnummern erfasst. Diese ermöglichen eine eindeutige Zuordnung der einzelnen Maßnahmen zu einem der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie, podologische Therapie, Ergotherapie oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Analog werden auf diese Art sonstige Leistungen, die im Zusammenhang mit der Heilmittelmaßnahme stehen (etwa Wegegelder) abgerechnet. Die Positionsnummer erlaubt zudem die Identifikation der Art des Leistungserbringers der Heilmittelmaßnahme. Weiterhin unterliegt jede Verordnung von Heilmitteln der Angabe eines Indikationsschlüssels. Dieser Schlüssel enthält neben der Indikation der Heilmittelverordnung zum Teil auch Informationen hinsichtlich des zu erwartenden Behandlungszeitraumes (prognostisch kurzzeitiger beziehungsweise prognostisch langfristiger Behandlungsbedarf). Diese Informationen bilden die Grundlage für die Auswertungen in diesem Report.

2.3 Hilfsmittel

Auch die Abrechnung der Hilfsmittel bei einer Krankenkasse erfolgt unter Verwendung von Positionsnummern. Der Aufbau dieser Positionsnummer unterscheidet sich von denen der Heilmittel. Anhand der Hilfsmittelpositionsnummer ist eine eindeutige Zuordnung von Hilfsmitteln zu den unterschiedlichen Produktgruppen möglich. Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes beschreibt außerdem die Zuordnung der Hilfsmittel zu Untergruppen bis hin zu einer exakten Zuweisung auf Produktebene (das Hilfsmittelverzeichnis wird unter Berücksichtigung der relevanten gesetzlichen Vorschriften vom GKV-Spitzenverband erstellt und fortlaufend aktualisiert; Quelle: www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hilfsmittel/hilfsmittelverzeichnis/hilfsmittelverzeichnis.jsp. Es ist unter https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action einsehbar).

Neben den Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses existieren weitere Listen mit Pseudopositionsnummern, wie sie beispielsweise vom Verband der Ersatzkassen geführt wird. Diese können anstelle der Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses verwendet werden, wenn beispielsweise Produkte verordnet werden, die in besonderen

Vergütungsformen geregelt sind. Die Auswertungen in diesem Report beziehen sich ausschließlich auf die Positionsnummern des Hilfsmittelverzeichnisses. Daten mit Pseudopositionsnummern werden nicht ausgewertet.

2.4 Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit für die im vorliegenden Report dargestellten Heil- und Hilfsmittelverordnungen stellt die Menge aller Versicherten der BARMER GEK dar. Dies umfasst sowohl die beitragszahlenden Mitglieder wie auch Rentner und Familienangehörige, die im jeweiligen Beobachtungsjahr mindestens einen Tag bei der BARMER GEK versichert waren. Für all diese Versicherten werden, neben den Abrechnungsdaten der Heil- und Hilfsmittel, Informationen zu Alter, Geschlecht, Wohnort, Versichertenzeiten sowie die Abrechnungsdaten der ambulanten und stationären Versorgung verwendet, um die Grundpopulation sowie den Heil- und Hilfsmittelverbrauch innerhalb dieser Population zu beschreiben. Die Daten der ambulanten und stationären Versorgung dienen hierbei zur Darstellung der Morbidität der Versicherten. Mit diesen Daten werden Diagnosen übermittelt, die nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) kodiert wurden. Für die Bewertung der Morbidität der Versicherten werden gesicherte Diagnosen aus dem ambulanten Bereich, die in mindestens zwei Quartalen vorlagen, und Entlassungsdiagnosen aus dem stationären Bereich herangezogen.

2.5 Verordnungsquoten und mittlere Leistungsausgaben

Im vorliegenden Report werden Kennzahlen zu den Verordnungsquoten und zu den mittleren Leistungsausgaben ausgewiesen. Diese Werte werden jeweils für das entsprechende Kalenderjahr erfasst. Die Verordnungsquoten beschreiben den Anteil der Versicherten innerhalb der Grundpopulation beziehungsweise einer Untergruppe, die eine Verordnung der betrachteten Heil- oder Hilfsmittel bekommen haben. Die mittleren Leistungsausgaben stellen die Kosten dar, die innerhalb aller Versicherten der betrachteten Population entstehen (und damit nicht die mittleren Kosten, im Falle einer Verordnung).

2.6 Standardisierung

Einen Teil der in diesem Report vorgelegten Ergebnisse stellen regionale Auswertungen dar. Ziel dieser Darstellungen ist es, die regionale Variation abzubilden. Die Gründe für eine regionale Variation können vielseitig und nicht immer eindeutig identifizierbar sein. Ursachen können zum Beispiel unterschiedliches Verordnungsverhalten von Ärzten oder regional unterschiedliche Nachfrage von Leistungen aufgrund verschiedener Angebotsstrukturen darstellen. Wesentliche Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von Heil- oder Hilfsmitteln sind Alter und Geschlecht. Ein Vergleich einzelner Regionen ist daher nur aussagekräftig, wenn Verzerrungen zwischen den Regionen, die durch unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstrukturen ausgelöst werden, nivelliert werden.

Zum Ausgleich dieser Unterschiede findet innerhalb dieses Reports stets eine direkte Standardisierung (hierzu RKI GBE-Glossar; www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?nn=2370676&cms_lv2=3686306) unter Verwendung von Fünf-Jahres-Alters- und Geschlechtsgruppen statt. Bei den regionalen Auswertungen werden somit nicht die tatsächlichen, sondern die standardisierten Verordnungsquoten beziehungsweise Leistungsausgaben dargestellt, die Werte repräsentieren, als wäre die Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten in den jeweiligen Regionen mit der der gesamten BARMER GEK identisch. Dies ermöglicht es, verschiedene Regionen unabhängig von Alters- und Geschlechtsstrukturen und deren Effekten standardisiert miteinander zu vergleichen.

KAPITEL 3
GRUNDLAGEN

EINE WICHTIGE UNTERSCHEIDUNG WAS SIND HEILMITTEL? WAS SIND HILFSMITTEL?

Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA definiert Heilmittel als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen. Diese umfassen die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie (§§ 18 bis 25), der Podologischen Therapie (§ 28 Absatz 4 Nummer 1 bis 4), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (§§ 31 bis 33) und der Ergotherapie (§§ 36 bis 40). Die Richtlinie bezieht sich lediglich auf die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung und regelt nicht die Verordnung (kur-)ortsspezifischer Heilmittel.

Beispiele für Heilmittel im Bereich der physikalischen Therapie sind die klassische Massagetherapie oder Krankengymnastik. Podologische Therapie wird verordnet, wenn eine Erkrankung an Diabetes mellitus zu krankhaften Fußschädigungen geführt hat. Auch die Sprachtherapie, die der Wiederherstellung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten dient, oder Maßnahmen der Ergotherapie, wie eine motorisch-funktionelle Behandlung zur Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, sind Beispiele für verordnete Heilmittel.

Während es sich bei den Heilmitteln um Therapiemaßnahmen handelt, versteht man unter Hilfsmitteln Sachmittel, die von den Krankenkassen im Rahmen der Behandlung erbracht werden. Nach § 33 Artikel 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg im Krankheitsfall zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hilfsmittel können körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen ausgleichen oder therapeutischen Zwecken dienen. Ihr Einsatz ermöglicht den betroffenen Menschen zum Beispiel Mobilität, Alltagsaktivitäten oder Kommunikation. Allgemein werden Hilfsmittel zu den Medizinprodukten gezählt, hingegen sind nicht alle Medizinprodukte Hilfsmittel.

Klassische Hilfsmittel sind Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen oder Rollstühle. Auch orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Prothesen oder Blutzuckermessgeräte zählen zu den Hilfsmitteln. Darüber hinaus gehören Verbrauchsartikel wie Inkontinenzhilfen und Stomaartikel zur Gruppe der Hilfsmittel.

3.1 Hilfsmittel: Produkte und Produktgruppen

Hilfsmittelverzeichnis

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellt nach § 139 SGB V ein Hilfsmittelverzeichnis (Tabelle 1), in dem sich auch das Pflegehilfsmittelverzeichnis befindet. Dieses Verzeichnis führt die von der Leistungspflicht der Krankenkassen (und der Pflegekassen) umfassten Hilfsmittel auf und gliedert sich in unterschiedliche Produktgruppen (je nach Therapieziel).

Tabelle 1: Hilfsmittelverzeichnis

Produkt-gruppe	Bezeichnung
1	Absauggeräte
2	Adaptionshilfen
3	Applikationshilfen
4	Badehilfen
5	Bandagen
6	Bestrahlungsgeräte
7	Blindenhilfsmittel
8	Einlagen
9	Elektrostimulationsgeräte
10	Gehhilfen
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus
12	Hilfsmittel bei Tracheostoma
13	Hörhilfen
14	Inhalations- und Atemtherapiegeräte
15	Inkontinenzhilfen
16	Kommunikationshilfen
17	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie

Produkt-gruppe	Bezeichnung
18	Kranken-/Behindertenfahrzeuge
19	Krankenpflegeartikel
20	Lagerungshilfen
21	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen
22	Mobilitätshilfen
23	Orthesen/Schienen
24	Prothesen
25	Sehhilfen
26	Sitzhilfen
27	Sprechhilfen
28	Stehhilfen
29	Stomaartikel
30	nicht besetzt
31	Schuhe
32	therapeutische Bewegungsgeräte
33	Toilettenhilfen
50	Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege
51	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene
52	Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität
53	Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden
54	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
98	sonstige Pflegehilfsmittel
99	Verschiedenes

Quelle: www.g-ba.de

3.2 Heilmittel: Bereiche der Versorgung

Ergotherapie

Unter Ergotherapie versteht man eine Therapieform, die Menschen jeden Alters unterstützt und begleitet, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Die Ergotherapie umfasst beispielsweise Beratungen, etwa zur Anpassung von Schule, Arbeitsplatz, Wohnraum und Umfeld an

krankheitsbedingte Einschränkungen. Im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise auf den Menschen, die von einer wechselseitigen Bedeutsamkeit menschlicher Handlungen auf die jeweilige personenbezogene Umwelt ausgeht, ist es das Ziel von Ergotherapie, diese Menschen bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken und somit Handlungsfähigkeit im Alltag wiederherzustellen oder zu erhalten, die Lebensqualität zu verbessern und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Logopädie

Unter Logopädie versteht man die Fachdisziplin, die sich mit Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckbeeinträchtigungen beschäftigt. Dies umfasst die Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation auf den Gebieten der Stimme, Stimmstörungen und Stimmtherapie, des Sprechens, Sprechstörung und Sprechtherapie, der Sprache, Sprachstörung und Sprachtherapie sowie des Schluckens, Schluckstörung und Schlucktherapie.

Physiotherapie

Unter Physiotherapie versteht man eine Form spezifischen Trainings und der äußerlichen Anwendung von Heilmitteln mit dem Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Dabei zielt die Behandlung einerseits auf natürliche, physiologische Reaktionen des Organismus selbst und andererseits auf ein verbessertes Verständnis der Funktionsweise des Organismus seitens des behandelten Patienten, um einen zukünftig verbesserten eigenverantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper zu erreichen.

Podologie

Die Podologie beschreibt die nichtärztliche Heilkunde am Fuß. Die Maßnahmen umfassen präventive und kurative therapeutische Maßnahmen. Diabetiker mit Folgeschäden am Fuß im Sinne eines Diabetischen Fußsyndroms (DFS) erhalten eine Heilmittelverordnung zur podologischen Behandlung. Podologische Maßnahmen sind natürlich auch bei anderen Krankheitsbildern möglich, in der GKV ist die Leistungspflicht aber auf das Diabetische Fußsyndrom begrenzt.

KAPITEL 4
ANALYSEN

ANALYSEN ZU HEIL- UND HILFSMITTELN

4.1 Gesamtübersicht Heil- und Hilfsmittel

Für die Versicherten der BARMER GEK, wie auch für alle anderen Versicherten im Rahmen der GKV, besteht ein Anspruch auf ärztlich verordnete Heilmittel. Für die nächsten Jahre ist davon auszugehen, dass unter anderem aufgrund der soziodemografischen Entwicklung in Deutschland und im Kontext einer alternden Gesellschaft die Bedeutung dieses Leistungsbereichs weiter zunehmen wird. Insgesamt liegen die Leistungsausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel bei rund vier Prozent an allen Leistungsausgaben der GKV (Müller et al. 2015: 20). In den letzten Jahren konnte hier bereits ein erheblicher Zuwachs an Ausgaben und Verordnungen festgestellt werden. Etwa vier Milliarden Euro werden in Deutschland von den Gesetzlichen Krankenkassen für die Hilfsmittelversorgung ausgegeben; damit handelt es sich hierbei um einen erheblichen Ausgabenposten in der GKV (Uni Witten/Herdecke 2010). Die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel sind zwischen drei und rund sieben Prozent in den unterschiedlichen Bereichen angestiegen. Ursachen für den Anstieg waren vor allem Mengensteigerungen.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel linear altersabhängig sind. Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik kann damit kaum als alleiniger Hauptgrund für einen Ausgabenanstieg angesehen werden. Als mögliche weitere Ursachen kommen infrage: die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger, ein Ansteigen der Versichertenzahlen oder der Anstieg der Verordnungen beziehungsweise verordneten Mengen.

Die statistischen Auswertungen zeigen, dass die Mengensteigerungen mit einer Zunahme der zugelassenen Anbieter einhergehen. Ob hier ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Steigerung verordneter Mengen und gleichzeitiger Steigerung der Anzahl der Anbieter besteht, soll an dieser Stelle jedoch nur mit Zurückhaltung geäußert werden. Der Zusammenhang ist auffällig, jedoch nicht hinreichend dafür, eine

Ursache-Wirkung-Beziehung zu unterstellen. Die Anzahl der Versicherten bei der BARMER GEK ist jedoch über den beobachteten Zeitraum leicht zurückgegangen (insgesamt um 0,9 Prozent; 0,5 Prozent bei den Männern, 1,2 Prozent bei den Frauen).

Politische Faktoren, wie beispielsweise die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Ärzte für Heilmittel in den Bundesländern oder der Rückzug anderer Kostenträger aus der Kostenübernahme für Heilmittel (etwa Streichung von Therapeutenstellen in Behinderteneinrichtungen und dadurch Zunahme der Therapien zulasten der GKV), können sich ebenfalls auf die Verordnungen und damit auf die Kostenentwicklung auswirken.

In der aktuellen Diskussion kommt dem Thema auch deswegen eine besondere Bedeutung zu, weil gegenwärtig der Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG) ausgearbeitet wird. Mit diesem Gesetz, so die Absicht, sollen die Rahmenbedingungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV weiterentwickelt werden. Im Zentrum dabei stehen für die Hilfsmittelversorgung Aspekte der Transparenz, der Stärkung der Patientenrechte und der Qualitätsentwicklung (insbesondere mit Blick auf das Verfahren der Ausschreibung bei der Bewertung der Aspekte „Preis“ und „Qualität“).

Bei der Heilmittelversorgung steht die Frage der Ausgabenentwicklung im Vordergrund. Dies vor allen Dingen, weil die Einnahmen der Heilmittelanbieter aus den Mitteln der GKV zwischen 2005 und 2015 ganz erheblich angestiegen sind (und dies bei einer Begrenzung der Vergütungsanhebungen auf die Höhe der Grundlohnsummensteigerung in der Vergangenheit). Das neue Gesetz sieht die Herausnahme des Heilmittelbereiches aus dieser Begrenzung vor. Mit Blick auf eine Stabilität der Beitragssätze tritt hier ein Konflikt offen zutage, wenn sich durch diese gesetzliche Neuerung eine Preisspirale nach oben in Gang setzt. Abzuwarten bleiben hier zusätzlich die Folgen der Einführung der Preisuntergrenze für Heilmittel nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), die ebenfalls zu einer Anhebung des Preisniveaus führen wird.

Abgesehen von der künftigen Berücksichtigung der Aspekte von Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Qualität nehmen kontroverse Diskussionen über die Angemessenheit von

Verordnungen zu. In Deutschland sind kaum Studien über die Wirksamkeit und den Nutzen von Hilfsmitteln bekannt (Uni Witten/Herdecke 2010). Empirische Untersuchungen über die Zufriedenheit der Versicherten mit den ihnen verordneten Hilfsmitteln fehlen völlig (Monitor Versorgungsforschung 2016). In anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung sind Diskussionen über Nutzen und Wirtschaftlichkeit längst etabliert. Auf dem Gebiet der Heil- und Hilfsmittel haben derartige Diskussionen bislang nur wenig stattgefunden. Windeler et al. haben bereits 2011 in einer Ausgabe des Gesundheitswesen aktuell darauf hingewiesen, dass Medizinprodukte (insbesondere in höheren Risikoklassen sind das fast immer Implantate, die in Krankenhäusern und bei Krankenhausbehandlungen zum Einsatz kommen) in Deutschland einer besseren Regulierung bedürfen. Die für den Markteintritt einzig erforderliche CE-Zulassung, wie sie auch für Plastikspielzeug angewendet wird, sei unzureichend. Es werden deutlich mehr qualitätssichernde klinische Studien gefordert. Seither hat sich in dieser Sache nichts geändert.

So konstatiert der GKV-SV im Jahr des Erscheinens dieses Reports: „Die in der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gelisteten Heilmittel bilden die gelebte Versorgung der 1980er Jahre ab, ohne dass diese auf ihren medizinischen Nutzen geprüft worden sind" (GKV-Spitzenverband 2016: 4). Für eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und gerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung sollten daher Maßnahmen diskutiert und entwickelt werden, die geeignet sind, einen transparenten Wettbewerb über Nutzen und Qualität zu fördern. Kommt es dagegen zu weiteren Ausgabensteigerungen ohne begleitende Regulierungsmaßnahmen, könnten sich diese mit erhöhendem Effekt auf die Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung auswirken.

Tabelle 2.1 gibt eine Gesamtübersicht über die Entwicklung der Anzahl der BARMER GEK-Versicherten, für die in den Jahren 2013 bis 2015 Heil- beziehungsweise Hilfsmittel verordnet wurden. In Tabelle 2.2 wird – ebenfalls getrennt nach Heil- und Hilfsmitteln – gezeigt, wie sich die Ausgaben in den Jahren 2013, 2014 und 2015 entwickelt haben. Parallel dazu steigt die Anzahl der Versicherten mit Hilfsmittelleistungen leicht an (um rund zwei Prozent). Überaus deutlich sichtbar ist auch ein Anstieg der Ausgaben für Heilmittel um insgesamt sechs Prozent (das entspricht etwa 50 Millionen Euro) im Zeitverlauf. Bei den Männern ist dieser Ausgabenanstieg höher als bei den Frauen

(6,5 zu 5,9 Prozent). Die Anzahl der Versicherten, die Heilmittelleistungen in Anspruch nehmen, hat sich demgegenüber nicht verändert. Die Kosten sind also bei einer etwa gleichbleibenden Anzahl von Leistungsempfängern gestiegen.

Tabelle 2.1: Anzahl BARMER GEK-Versicherte mit verordneten Heil- und Hilfsmitteln in den Jahren 2013, 2014 und 2015

	2013	2014	2015	Veränderungen 2014-2015 (Prozent, gerundet)
Anzahl Versicherte				
Gesamt	8.979.787	8.971.782	8.891.037	- 0,9
Männer	3.764.577	3.780.663	3.761.736	- 0,5
Frauen	5.215.210	5.191.119	5.129.301	- 1,2
Versicherte mit Heilmittelleistungen				
Gesamt	1.899.224	1.968.276	1.958.980	- 0,5
Männer	612.898	638.122	638.718	+ 0,01
Frauen	1.286.326	1.330.154	1.320.262	- 0,8
Versicherte mit Hilfsmittelleistungen				
Gesamt	2.132.178	2.214.725	2.254.074	+ 1,8
Männer	756.525	784.227	805.672	+ 2,7
Frauen	1.375.653	1.430.498	1.448.402	+ 1,3

Tabelle 2.2: Ausgaben für verordnete Heil- und Hilfsmittel in den Jahren 2013, 2014 und 2015

	2013	2014	2015	Veränderungen 2014-2015 (Prozent, gerundet)
Ausgaben für Heilmittel (Euro, gerundet)				
Gesamt	710.075.716	773.972.278	821.753.459	+ 6,1
Männer	239.926.347	260.979.986	278.095.079	+ 6,5

	2013	2014	2015	Veränderungen 2014-2015 (Prozent, gerundet)
Frauen	470.149.369	512.992.292	543.658.380	+ 5,9
Ausgaben für Heilmittel pro 100 Versicherte (Euro, gerundet)				
Gesamt	7.907	8.627	9.242	+ 7,1
Männer	6.373	6.903	7.393	+ 7,0
Frauen	9.015	9.882	10.599	+ 7,2
Ausgaben für Hilfsmittel (Euro, gerundet)				
Gesamt	862.950.084	957.180.935	935.969.136	- 2,2
Männer	363.538.703	400.069.534	380.382.809	- 4,9
Frauen	499.411.381	557.111.401	555.586.327	- 0,2
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte (Euro, gerundet)				
Gesamt	9.610	10.669	10.527	-1,4
Männer	9.657	10.582	10.112	- 4,5
Frauen	9.576	10.732	10.832	+ 0,9

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Anmerkung: Alle Versicherten, die vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2015 für eine beliebige Dauer bei der BARMER GEK versichert waren

Die Ausgaben für Hilfsmittel sind hingegen leicht gesunken. Beim Rückgang der Kosten wird ein Geschlechter-Unterschied sichtbar. Während bei den männlichen Versicherten die Kosten um 4,9 Prozent zurückgehen, bleiben sie bei den weiblichen Versicherten (minus 0,2 Prozent) im Grunde auf Vorjahresniveau. Insbesondere im Bereich der Atemtherapiegeräte (CPAP-Therapie bei Schnarchen, continuous positive airway pressure) sind hier Einmaleffekte für den Rückgang der Ausgaben um 4,9 Prozent bei den Männern verantwortlich. Auf dem Gebiet der CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen inklusive der Auto-CPAP-Systeme und der Sauerstoffkonzentratoren ist es zwischen den Jahren 2013 und 2015 zu einem ganz erheblichen Rückgang sowohl der Kosten als auch der Anzahl der versicherten Personen gekommen. In diesem Bereich gehen die Kosten bei den Hilfsmitteln von rund 65 Millionen Euro (im Jahr 2013) auf rund 20 Millionen Euro (im Jahr 2015) zurück. Mit Blick auf die Anzahl der versicherten Personen fand ein Rückgang von 88.000 Leistungsempfängern

(2013) auf 46.000 Leistungsempfänger (2015) mit Verordnungen statt. Grund hierfür ist eine Änderung der vertraglichen Regelung zwischen der BARMER GEK und ihren Vertragspartnern. Diese Besonderheit muss bei der Interpretation der Zahlen unbedingt berücksichtigt werden. Ohne diese Gerätegruppe sähe die Entwicklung wie in Tabelle 3 dargestellt aus.

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung für Hilfsmittel ohne Berücksichtigung der Kosten für CPAP-Geräte

	2013	2014	2015	Veränderungen 2014-2015 (Prozent, gerundet)
Ausgaben für Hilfsmittel (Euro, gerundet) ohne CPAP-Geräte				
Gesamt	797.418.920	889.738.571	911.221.455	+ 2,5
Männer	318.160.661	354.538.266	362.325.769	+ 1,9
Frauen	479.258.259	535.200.305	548.895.687	+ 2,6
Ausgaben für Hilfsmittel pro 100 Versicherte (Euro, gerundet) ohne CPAP-Geräte				
Gesamt	8.880	9.917	10.249	+ 3,3
Männer	8.451	9.378	9.632	+ 2,7
Frauen	9.190	10.310	10.701	+ 3,7

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

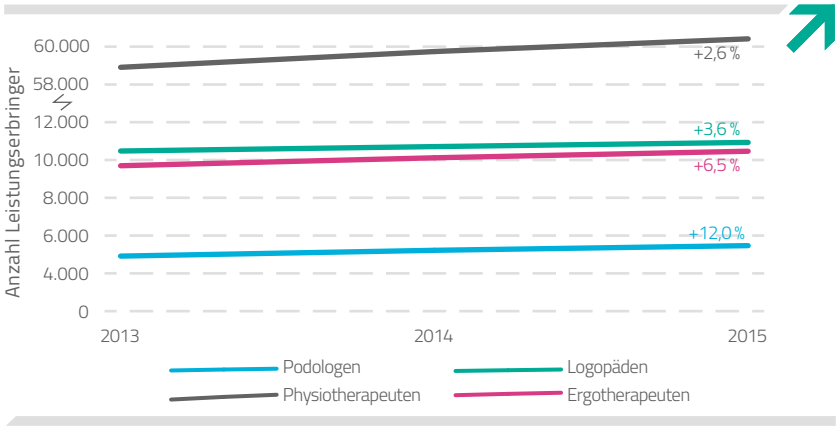
Die Gründe für den Ausgabenanstieg sind abhängig vom jeweiligen Versorgungsbereich und den dort eingesetzten Hilfsmitteln. Einige Hilfsmittelleistungen unterliegen einem Alterseffekt, beispielsweise in Verbindung mit zunehmender (Multi-)Morbidität. Deshalb mag der zu beobachtende Anstieg der Leistungsausgaben zu einem Teil auf diesen Alterseffekt zurückzuführen sein.

Allerdings unterliegt beinahe der gesamte Umsatz an Hilfsmitteln (rund 97 Prozent) einer Kostensteigerung, die mit 2,5 Prozent etwa 2,2 Prozentpunkte über der Inflationsrate des Jahres 2015 liegt. Ein Alterungseffekt alleine ist demnach keine hinreichende Erklärung für die Kostensteigerungen. In Betracht kommen angebotsinduzierte Effekte, Kostensteigerungseffekte – etwa durch technologische Fortentwicklungen – oder auch einfach Preissteigerungseffekte durch höhere Kosten aufseiten der Leistungserbringer oder auch der Hersteller.

4.2 Heilmittelversorgung im Zeit- und Regionenvergleich

Betrachtet man die Entwicklung der Anzahl der Leistungserbringer, die mit der BARMER GEK abgerechnet haben, getrennt nach Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten und Podologen, so fällt auf, dass es hier über alle Gruppen hinweg zu einem starken Anstieg bei der Anzahl der Leistungserbringer gekommen ist. Besonders stark fällt dieser Anstieg bei den Podologen aus (plus zwölf Prozent). In den Gruppen der Logopäden und Physiotherapeuten ist dieser Anstieg vergleichsweise niedriger (2,6 beziehungsweise 3,6 Prozent, Abbildung 1).

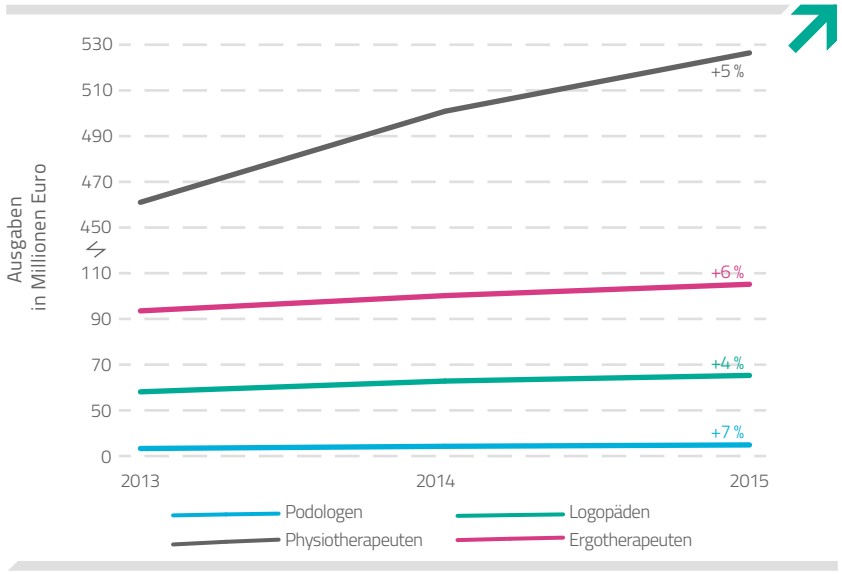
Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl der Leistungserbringer 2013 bis 2015



Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Unter Betrachtung der Kostenentwicklung ist eine bundesweite Kostensteigerung zwischen vier und sieben Prozent bei den Leistungserbringern im Vergleich von 2014 zu 2015 auffallend. Mit sieben Prozent ist der Anstieg bei den Podologen am höchsten und mit vier Prozent bei den Logopäden am niedrigsten. Damit setzt sich eine Entwicklung der Ausgaben oberhalb der allgemeinen Grundlohnsummenentwicklung (die 2,5 Prozent im Jahr 2015 betrug) fort, eine Tendenz, die sich hier auch schon in den Vorjahren gezeigt hat.

Abbildung 2: Ausgaben nach Leistungserbringern 2013 bis 2015



Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Der Anstieg der Kosten für Heilmittel zwischen den Jahren 2013 bis 2015 realisiert sich dabei ohne Ausnahme in allen 16 Bundesländern. Das Niveau der Kosten pro Person variiert dabei sehr stark zwischen 66 Euro im Minimum (Bremen) und rund 122 Euro im Maximum (Berlin) – eine extreme Spannweite! Am oberen Ende der Kostenverteilung bei Heilmitteln liegen die Bundesländer Sachsen, Berlin und Hamburg, am unteren Ende die Länder Hessen, Bremen und Nordrhein-Westfalen. Die aufgezeigten regionalen Unterschiede können nur auf der Ebene der Morbidität der Bevölkerung in den entsprechenden Bundesländern (und den Landkreisen) detailliert untersucht und aufgeklärt werden. Diese regionale Feinanalyse vor dem Hintergrund der einzelnen Krankheitsindikationen ist jedoch nicht Gegenstand dieses Reports.

Das Muster der Kostenentwicklung für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche bei den Heilmitteln ist insgesamt sehr ähnlich (Tabellen 4 bis 7 mit Karten 1 bis 4).

Tabelle 4 zu Karte 1: Kosten für Heilmittel (alle Heilmittelarten) pro versicherte Person im Zeitvergleich 2013 bis 2015 nach Bundesländern

Bundesland	2013	2014	2015	Veränderung 2014 - 2015	Rang 2015
Baden-Württemberg	89,80	96,09	98,73	↗	6
Bayern	77,70	83,49	88,76	↗	12
Berlin	106,10	114,61	121,85	↗	1
Brandenburg	77,21	85,79	92,51	↗	10
Bremen	59,78	63,63	65,86	↗	16
Hamburg	92,44	100,09	105,96	↗	3
Hessen	68,96	73,20	76,88	↗	15
Mecklenburg-Vorpommern	77,64	86,19	94,76	↗	9
Niedersachsen	84,52	91,34	95,40	↗	8
Nordrhein-Westfalen	69,31	75,91	81,86	↗	14
Rheinland-Pfalz	84,87	92,85	99,56	↗	4
Saarland	75,81	82,66	89,29	↗	11
Sachsen	101,66	109,28	112,77	↗	2
Sachsen-Anhalt	68,96	73,20	76,88	↗	5
Schleswig-Holstein	89,16	94,21	98,69	↗	7
Thüringen	72,87	78,51	82,45	↗	13
Mittelwert	81,98	88,66	94,00	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 1: Kosten Heilmittel (alle Heilmittelarten) pro versicherte Person nach Bundesländern 2016

Tabelle 5 zu Karte 2: Kosten für Ergotherapie pro versicherte Person im Zeitvergleich 2013 bis 2015 nach Bundesländern

Bundesland	2013	2014	2015	Veränderung 2014 - 2015
Baden-Württemberg	9,45	10,22	10,67	↗
Bayern	8,20	8,91	9,74	↗
Berlin	12,72	14,00	15,33	↗
Brandenburg	8,64	9,92	10,60	↗
Bremen	6,28	6,75	7,06	↗
Hamburg	13,41	14,53	15,45	↗
Hessen	7,85	8,34	9,07	↗
Mecklenburg-Vorpommern	9,05	10,06	11,11	↗
Niedersachsen	11,79	12,66	13,11	↗
Nordrhein-Westfalen	9,51	10,53	11,54	↗
Rheinland-Pfalz	10,80	11,64	12,72	↗
Saarland	12,22	12,44	13,88	↗
Sachsen	12,78	13,78	14,07	↗
Sachsen-Anhalt	11,54	12,24	13,52	↗
Schleswig-Holstein	11,43	12,47	13,22	↗
Thüringen	9,97	10,85	11,49	↗
Mittelwert	10,35	11,21	12,03	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 2: Kosten Ergotherapie pro versicherte Person nach Bundesländern 2016

Tabelle 6 zu Karte 3: Kosten für Logopädie pro versicherte Person im Zeitvergleich 2013 bis 2015 nach Bundesländern

Bundesland	2013	2014	2015	Veränderung 2014 - 2015
Baden-Württemberg	6,05	6,68	7,36	↗
Bayern	5,47	5,94	6,60	↗
Berlin	8,00	8,82	10,01	↗
Brandenburg	7,05	7,71	8,46	↗
Bremen	5,25	5,15	5,76	↗
Hamburg	7,23	8,30	8,94	↗
Hessen	5,76	6,34	7,14	↗
Mecklenburg-Vorpommern	6,62	7,33	8,44	↗
Niedersachsen	6,84	7,54	8,13	↗
Nordrhein-Westfalen	7,34	8,18	9,00	↗
Rheinland-Pfalz	6,43	7,29	8,02	↗
Saarland	6,65	7,54	8,85	↗
Sachsen	7,32	8,06	8,48	↗
Sachsen-Anhalt	7,23	7,76	8,88	↗
Schleswig-Holstein	7,72	7,84	8,58	↗
Thüringen	6,86	7,19	7,49	↗
Mittelwert	6,74	7,35	8,13	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 3: Kosten Logopädie pro versicherte Person nach Bundesländern 2016

Tabelle 7 zu Karte 4: Kosten für Podologie pro versicherte Person im Zeitvergleich 2013 bis 2015 nach Bundesländern

Bundesland	2013	2014	2015	Veränderung 2014 - 2015
Baden-Württemberg	0,79	0,96	1,16	↗
Bayern	1,18	1,34	1,56	↗
Berlin	1,47	1,72	2,15	↗
Brandenburg	0,95	1,21	1,39	↗
Bremen	0,90	0,86	0,78	↘
Hamburg	1,26	1,38	1,70	↗
Hessen	0,85	1,00	1,23	↗
Mecklenburg-Vorpommern	1,39	1,68	1,93	↗
Niedersachsen	1,37	1,53	1,76	↗
Nordrhein-Westfalen	1,57	1,83	2,20	↗
Rheinland-Pfalz	1,09	1,30	1,61	↗
Saarland	1,56	1,77	2,11	↗
Sachsen	1,86	2,11	2,40	↗
Sachsen-Anhalt	1,59	1,83	2,09	↗
Schleswig-Holstein	1,06	1,19	1,35	↗
Thüringen	1,25	1,47	1,68	↗
Mittelwert	1,26	1,45	1,69	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 4: Kosten für Podologie pro versicherte Person nach Bundesländern 2016

Tabelle 8 zu Karte 5: Kosten für Physiotherapie pro versicherte Person im Zeitvergleich 2013 bis 2015 nach Bundesländern

Bundesland	2013	2014	2015	Veränderung 2014 - 2015
Baden-Württemberg	66,63	70,98	71,89	↗
Bayern	57,06	61,17	64,28	↗
Berlin	74,61	80,12	83,77	↗
Brandenburg	55,02	60,82	65,50	↗
Bremen	42,09	45,55	46,45	↗
Hamburg	62,71	67,55	71,01	↗
Hessen	48,85	51,59	53,12	↗
Mecklenburg-Vorpommern	54,96	60,90	66,44	↗
Niedersachsen	56,97	61,61	63,95	↗
Nordrhein-Westfalen	44,58	48,54	51,71	↗
Rheinland-Pfalz	58,92	64,35	68,12	↗
Saarland	47,58	52,38	55,25	↗
Sachsen	71,72	76,77	78,46	↗
Sachsen-Anhalt	56,49	61,42	65,73	↗
Schleswig-Holstein	61,70	65,21	67,74	↗
Thüringen	48,81	52,58	55,00	↗
Mittelwert	56,79	61,35	64,28	↗

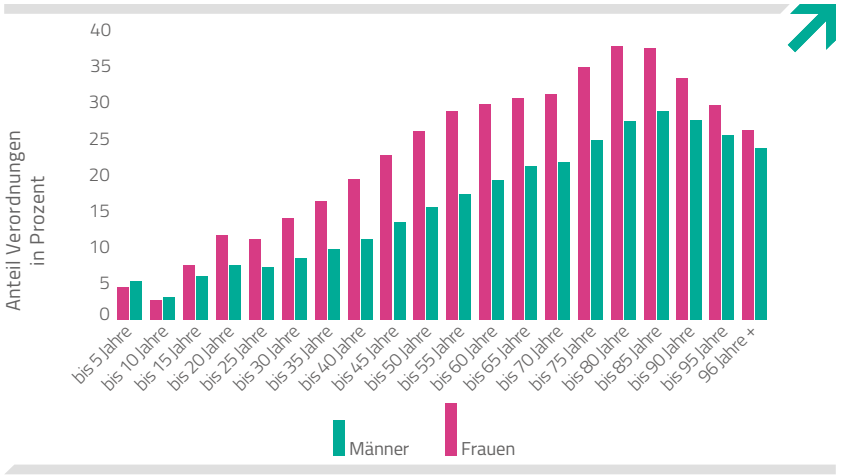
Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 5: Kosten für Physiotherapie pro versicherte Person nach Bundesländern 2016

Physiotherapie

Frauen nehmen bereits in einem früheren Lebensalter zu einem höheren Anteil Leistungen der Physiotherapie in Anspruch als Männer. Hier zeigt sich ein sichtbarer Geschlechterunterschied. Auch das Gesamtniveau der Verordnungen bei Frauen ist über alle Altersgruppen hinweg höher als bei Männern. Die Entwicklung der Anzahl der Verordnungen pro Person bestätigt dieses Bild (Abbildung 3).

Abbildung 3: Verordnung bei Indikation für Physiotherapie im Jahr 2015 nach Alter und Geschlecht



Quelle: BARMER GEK-Daten 2015
Anmerkung: Dargestellt sind die Anteile der Versicherten in Fünf-Jahres-Altersgruppen, die bei vorliegender Indikation eine Verordnung aus dem jeweiligen Heilmittelbereich erhielten.

Die Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfalten ihre Wirkung nach dem physikalisch-biologischen Prinzip. Dies geschieht überwiegend durch von außen vermittelte kinetische, mechanische, elektrische und thermische Energie (G-BA 2011). Bei der Physikalischen Therapie, und dort bei bestimmten Maßnahmen, bedarf es spezieller Qualifikationen, die zum Teil über die im Rahmen einer Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse hinausgehen. Für derartige Maßnahmen und für deren Durchführung kann eine zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung oder Fortbildung erforderlich sein. Die Leistungen der Physiotherapie bestehen in der Regel aus Massagen, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Thermotherapie und Elektrotherapie.

Mehr als 50 Prozent der Leistungen in der Physiotherapie werden aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule verordnet, 52 Prozent der Leistungen resultieren aus Unfällen. Die typischen Erkrankungen, die zu Leistungen der Physiotherapie führen, sind Erkrankungen aus den Bereichen: entzündliche Polyarthropathien, Arthrose, Gelenkschädigungen, Systemkrankheiten des Bindegewebes, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Parkinson, Multiple Sklerose, Schlaganfälle und Hirninfarkte.

Tabelle 9: Physiotherapie, Anzahl Leistungserbringer je 1.000 Einwohner nach Bundesländern

Bundesland	Krankengymnasten, Physiothera-			Veränderung 2014 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	0,729	0,721	0,703	↘	14
Bayern	0,601	0,612	0,620	↗	15
Berlin	1,001	1,038	1,054	↗	3
Brandenburg	1,178	1,210	1,240	↗	1
Bremen	0,984	1,033	1,023	↗	5
Hamburg	1,035	1,070	1,089	↗	2
Hessen	0,701	0,710	0,724	↗	13
Mecklenburg-Vorpommern	0,849	0,888	0,910	↗	10
Niedersachsen	0,721	0,748	0,756	↗	12
Nordrhein-Westfalen	0,452	0,460	0,468	↗	16
Rheinland-Pfalz	0,974	1,020	1,012	↗	6
Saarland	0,882	0,907	0,939	↗	9
Sachsen	0,953	0,969	0,967	↘	8
Sachsen-Anhalt	1,002	1,025	1,009	↘	7
Schleswig-Holstein	0,776	0,801	0,797	↘	11
Thüringen	1,049	1,062	1,054	↘	4
Mittelwert	0,868	0,892	0,898	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Die Anzahl der Leistungserbringer (je 1.000 Einwohner) für die Physiotherapie ist bis auf drei Ausnahmen (Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Thüringen) während der betrachteten letzten drei Jahre (2013 bis 2015) in allen Bundesländern angestiegen. Eine hohe Anzahl an Leistungserbringern findet sich in Brandenburg (1,2), eine gemessen am Mittelwert eher geringe Anzahl an Leistungserbringern je 1.000 Einwohner ist dagegen in Nordrhein-Westfalen (0,5), Baden-Württemberg (0,7), Bayern (0,6), Niedersachsen (0,8), Schleswig-Holstein (0,8) und Hessen (0,7) zu finden. Das heißt, je 1.000 Einwohner weist beispielsweise Brandenburg mehr als doppelt so viele Leistungserbringer auf als Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 10: Physiotherapie, Kosten je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro

Bundesland	Krankengymnasten, Physiotherapeuten,			Veränderung 2014 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	5.851,09	6.392,79	6.685,82	↗	14
Bayern	7.427,38	7.887,42	8.222,22	↗	7
Berlin	9.822,58	10.254,10	10.594,13	↗	3
Brandenburg	6.763,54	7.452,06	7.931,49	↗	8
Bremen	2.501,82	2.606,15	2.736,70	↗	16
Hamburg	6.454,67	6.837,69	7.027,90	↗	13
Hessen	7.190,23	7.557,83	7.677,98	↗	10
Mecklenburg-Vorpommern	9.179,28	9.867,54	10.644,78	↗	2
Niedersachsen	7.176,42	7.525,60	7.776,36	↗	9
Nordrhein-Westfalen	11.711,32	12.590,68	13.219,50	↗	1
Rheinland-Pfalz	6.468,27	6.819,07	7.293,37	↗	11
Saarland	6.520,19	7.039,51	7.217,46	↗	12
Sachsen	8.516,71	9.048,66	9.269,16	↗	5
Sachsen-Anhalt	7.829,59	8.370,44	9.086,23	↗	6
Schleswig-Holstein	9.330,13	9.600,61	10.062,40	↗	4
Thüringen	5.574,49	5.989,06	6.362,88	↗	15
Mittelwert	7.394,86	7.864,95	8.238,02	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Korrespondiert die Verteilung der Kosten in den jeweiligen Bundesländern mit diesem Bild? Die verursachten Kosten der Leistungserbringer für die Physiotherapie sind im Verlauf der letzten drei Jahre bundesweit und ohne Ausnahme in allen Bundesländern angestiegen (je Leistungserbringer von durchschnittlich 7.400 auf 8.200 Euro). Auf einem sehr hohen Niveau liegen sie im betrachteten Zeitraum in Nordrhein-Westfalen (11.700 bis 13.200 Euro) – in Bremen dagegen sind sie ausgesprochen niedrig (rund 2.700 Euro). Hier fällt ein Muster besonders ins Auge: In Nordrhein-Westfalen, also dort, wo es die geringste Anzahl Leistungserbringer je 1.000 Einwohner gibt und wo die Anzahl an Verordnungen ebenfalls besonders niedrig ist, entstehen die höchsten Kosten gemessen am Mittelwert (Nordrhein-Westfalen: rund 13.000 Euro; das Minimum liegt mit 2.700 Euro in Bremen).

Die Tabelle 11 zeigt die Kosten gewichtet nach den Marktanteilen der BARMER GEK in den einzelnen Bundesländern (und standardisiert nach Alter und Geschlecht). Dabei wird deutlich, dass die Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern zwar geringer werden (Minimum Bremen, Maximum Nordrhein-Westfalen); zwischen den beiden Bundesländern liegen Kosten von mehr als 40.000 Euro, und damit sind die auf Marktanteile hochgerechneten Kosten in Nordrhein-Westfalen doppelt so hoch wie die Kosten in Bremen. In allen Bundesländern sind die Kosten der Physiotherapie im betrachteten Zeitraum zwischen 2013 und 2015 um rund zehn Prozent angestiegen (am höchsten in Sachsen-Anhalt um rund 14 Prozent). Besonders hoch ist der Anstieg in Nordrhein-Westfalen und in Sachsen-Anhalt. Absolut betrachtet sind die Kosten sehr hoch in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Bayern, niedrig sind die dagegen in Brandenburg und in Bremen. Unterschiedliche Preise der jeweiligen Maßnahmen und Verordnungen in den einzelnen Bundesländern kommen als Erklärung für die Differenzen nur bedingt infrage, weil die Preise der BARMER GEK in den alten und neuen Bundesländern einheitlich waren.

Tabelle 11 zu Karte 6: Physiotherapie, Kosten hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Bundesland	Krankengymnasten, Physiotherapeuten,			Veränderung 2014 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	63.130,36	68.214,19	71.235,69	↗	4
Bayern	67.641,08	70.963,26	73.750,29	↗	3
Berlin	60.534,49	62.491,38	64.433,03	↗	6
Brandenburg	36.809,96	39.554,49	41.437,92	↗	15
Bremen	36.283,65	37.511,28	39.688,72	↗	16
Hamburg	47.919,03	50.656,41	52.074,60	↗	10
Hessen	47.044,05	48.875,60	49.574,37	↗	13
Mecklenburg-Vorpommern	54.458,23	57.137,54	60.638,71	↗	8
Niedersachsen	60.738,54	63.106,83	65.268,71	↗	5
Nordrhein-Westfalen	75.301,75	80.254,70	84.301,73	↗	1
Rheinland-Pfalz	45.551,16	47.467,63	50.484,70	↗	11
Saarland	46.006,10	48.840,05	49.685,85	↗	12
Sachsen	70.921,46	74.612,93	76.923,01	↗	2
Sachsen-Anhalt	54.300,59	57.428,76	62.459,92	↗	7
Schleswig-Holstein	56.539,80	57.609,78	60.288,97	↗	9
Thüringen	42.386,59	44.941,44	47.722,36	↗	14
Mittelwert	54.097,93	56.854,14	59.373,04	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Karte 6: Kosten für Physiotherapie hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Die Indikationen, die eine Leistung der Physiotherapie auslösen, liegen ganz überwiegend im Bereich der Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane (zu mehr als 75 Prozent), mehr als 50 Prozent aufgrund von Erkrankungen der Wirbelsäule. Jedoch nimmt ihre Anzahl im Jahr 2015 ab. Stattdessen steigen Erkrankungen der inneren Organe und Erkrankungen des Nervensystems als Auslöser an. In Zukunft sollte darauf geachtet werden, ob sich hier auslösende Indikationen dauerhaft in ihren Anteilen verschieben.

Tabelle 12: Auslösende Indikationen zu Leistungen der Physiotherapie

Indikation	Anzahl Leistungen der Physiotherapie		
	2013	2014	2015
Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane	2.105.149	2.180.593	2.139.464
Erkrankungen der inneren Organe	201.516	209.792	215.173
Erkrankungen des Nervensystems	147.018	150.704	152.789
andere	93.543	88.859	91.900
sonstige Erkrankungen	19.596	20.631	20.516

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Abgesehen vom Versorgungsbereich der Logopädie gelten für den Betrachtungszeitraum für die Bundesländer Ost und die Bundesländer West getrennte, einheitlich feststehende Preislisten. Veränderungen der Kosten resultieren demnach nicht auf Effekten, sondern aus Volumeneffekten. Verordnet werden die Maßnahmen der Physiotherapie am häufigsten von Allgemeinmedizinern, Internisten und Hausärzten (40 Prozent), Orthopäden (20 Prozent) und Chirurgen (5 Prozent). Über die Zeit hat der Anteil an verordnenden Allgemeinmedizinern und Orthopäden zugenommen (ohne, dass die entsprechenden Arztgruppen zahlenmäßig größer geworden sind; das bedeutet, die gleichen Arztgruppen verordnen aktuell mehr als früher). In den anderen Verordnergruppen ist der Anteil eher stabil geblieben.

Tabelle 13: Leistungsarten der Physiotherapie-Untergruppen – Kosten (mit prognostisch kurzzeitigem Verlauf, Wirbelsäule-WS1)

Untergruppen	Summe der Kosten in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Krankengymnastik, normal	23.390.181,18	24.306.729,48	24.301.230,52	↗
Manuelle Therapie	14.387.861,50	15.742.810,63	16.365.867,48	↗
Massagen	6.351.717,03	6.049.036,42	5.442.681,79	↘
Traktionsbehandlung, Extensionsbehandlung	138.642,64	125.650,83	116.297,37	↘
Wärme- und Kältetherapie	4.948.268,61	4.843.393,28	4.514.032,79	↘

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 14: Leistungsarten der Physiotherapie-Untergruppen – Anzahl versicherte Personen (mit prognostisch kurzzeitigem Verlauf, Wirbelsäule-WS1)

Untergruppen	Anzahl Personen			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Krankengymnastik, normal	282.470	289.203	280.772	↘
Manuelle Therapie	162.786	173.621	174.210	↗
Massagen	119.654	111.781	97.526	↘
Traktionsbehandlung, Extensionsbehandlung	6.132	5.478	4.929	↘
Wärme- und Kältetherapie	130.190	124.714	112.562	↘

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Bezogen auf das entsprechende Therapieziel werden im Bereich der Physiotherapie bestimmte Mengen an Behandlungen verordnet. In der Regel wird eine im Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses definierte geringe Anzahl an Anwendungen verschrieben. Die Erstverordnung bei Erkrankungen mit voraussichtlich kurzfristigem Verlauf beträgt ein bis zu sechs beziehungsweise zehn Behandlungen; bei Erkrankungen mit voraussichtlich langfristigem Verlauf auch zwölf und mehr Behandlungen. Falls der

Arzt es für notwendig erachtet, kann er nach Begutachtung des Zustandes des Patienten Folgebehandlungen verordnen. Auch diese Anzahl regelt der Heilmittelkatalog. Sehr langfristige Heilmittelbehandlungen müssen genehmigt werden (sofern die Krankenkasse nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat).

Für bestimmte Anwendungen der Physiotherapie fällt auf, dass die Kosten in der Tendenz eher fallen. Vor allem bei der Massage, aber auch bei den Traktionsbehandlungen und der Wärme- und Kältetherapie springen fallende Kosten ins Auge. Hier gehen die Kosten im Zeitvergleich etwa um fünf Prozent zurück. Die Kosten für die Krankengymnastik steigen an (23,3 Millionen auf 24,3 Millionen Euro) – die Anzahl der behandelten Personen fällt jedoch über den gleichen Zeitraum ab. Hier ist also eine Art Konzentration zu beobachten – weniger Leistungsempfänger erzeugen steigende Kosten.

Anhand der Unterscheidung der Indikationsschlüssel in Wirbelsäule-WS1 und WS2 im Heilmittelkatalog werden Maßnahmen bei Wirbelsäulenerkrankungen hinsichtlich der zeitlichen Dauer zugeordnet. Unter WS1 werden die Wirbelsäulenerkrankungen zusammengefasst, die einen prognostisch eher kurzfristigen Behandlungsbedarf erfordern, unter der Kennzeichnung WS2 solche, die prognostisch längerandauernd sind. Massagen, Traktionsbehandlungen sowie Maßnahmen der Wärme- und Kältetherapie gingen bei beiden Krankheitsklassen zurück. Verordnungen zur Krankengymnastik und zur Manuellen Therapie verzeichnen einen zum Teil erheblichen Zuwachs – und zwar besonders deutlich in der Gruppe WS2, also bei Erkrankungen mit länger dauerndem Behandlungsbedarf.

Tabelle 15: Leistungsarten der Physiotherapie-Untergruppen – Kosten (mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf, Wirbelsäule-WS2)

Untergruppen	Summe der Kosten in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Krankengymnastik, normal	67.292.299	73.451.577	75.839.613	↗
Manuelle Therapie	33.406.084	38.147.507	40.762.999	↗
Massagen	7.049.631	6.835.215	6.285.789	↘
Traktionsbehandlung, Extensionsbehandlung	1.669.442	1.465.341	1.329.055	↘
Wärme- und Kältetherapie	13.185.675	13.828.801	13.978.836	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

↓

Tabelle 16: Leistungsarten der Physiotherapie-Untergruppen – versicherte Personen (mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf, Wirbelsäule-WS2)

Untergruppen	Anzahl Personen			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Krankengymnastik, normal	435.457	454.255	447.449	↗
Manuelle Therapie	236.918	256.322	260.187	↗
Massagen	104.016	98.764	88.026	↘
Traktionsbehandlung, Extensionsbehandlung	4.993	4.359	3.811	↘
Wärme- und Kältetherapie	207.800	207.572	198.957	↘

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 17: Versorgungsquoten bei Indikation für Physiotherapie, Anteile nach Bundesländern im Vergleich 2013 und 2014

Bundesland	2013	2014	Veränderung 2013 - 2014
Baden-Württemberg	46,32	47,00	↗
Bayern	43,27	43,78	↗

Bundesland	2013	2014	Veränderung 2013 - 2014
Berlin	47,80	48,01	↗
Brandenburg	48,26	49,93	↗
Bremen	36,38	37,51	↗
Hamburg	42,13	42,97	↗
Hessen	37,25	38,10	↗
Mecklenburg-Vorpommern	48,20	49,71	↗
Niedersachsen	40,38	41,18	↗
Nordrhein-Westfalen	33,28	34,17	↗
Rheinland-Pfalz	40,39	42,03	↗
Saarland	33,12	33,80	↗
Sachsen	56,51	56,98	↗
Sachsen-Anhalt	48,76	50,11	↗
Schleswig-Holstein	45,15	45,36	↗
Thüringen	46,89	48,00	↗
Mittelwert	43,38	44,29	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2014↓

Dargestellt sind die Anteile der Versicherten, die bei vorliegender Indikation eine Verordnung aus dem entsprechenden Teilbereich erhalten haben.

Das Niveau der Versorgung im Bereich der Physiotherapie liegt im Mittelwert über die Bundesländer bei rund 44,3 Prozent. Damit wird deutlich, dass etwa (nur) jeder zweite Versicherte Leistungen der Physiotherapie verordnet bekommt, obwohl er eine entsprechende Indikation dazu hat. Das Minimum liegt bei 34 Prozent (in Nordrhein-Westfalen), das Maximum liegt in Sachsen bei 57 Prozent. Auch hier wird eine deutliche regionale Schwankung der Versorgung sichtbar. Hohe Versorgungsquoten finden sich mit über 50 Prozent in Sachsen und Sachsen-Anhalt, niedrige Quoten werden besonders im Saarland, in Hessen, Bremen und Nordrhein-Westfalen sichtbar. Die Versorgungsquoten bei Frauen sind durchgängig höher als die bei Männern.

Zur Interpretation der Daten und der gefundenen Unterschiede muss jedoch angemerkt werden, dass zur Verordnung einer bestimmten Gruppe von Heilmitteln

natürlich unterschiedliche Indikationen gehören können. Vor allem könnte dies die Variationen in den einzelnen Bundesländern aufklären, da die Verordnungen der Heilmittel in den Bundesländern auf unterschiedlichen Krankheitsbildern beruhen können. Zur Interpretation kann ein Ost-West-Unterschied genauso in Betracht gezogen werden wie ein Altersunterschied (der mit dem Ost-West-Unterschied korreliert).

Podologie

Tabelle 18: Podologie, Anzahl Leistungserbringer je 1.000 Einwohner nach Bundesländern

Bundesland	Podologen			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	0,040	0,042	0,043	↗	16
Bayern	0,042	0,044	0,046	↗	15
Berlin	0,054	0,059	0,063	↗	12
Brandenburg	0,085	0,094	0,103	↗	6
Bremen	0,053	0,060	0,059	↗	13
Hamburg	0,059	0,066	0,072	↗	9
Hessen	0,049	0,049	0,053	↗	14
Mecklenburg-Vorpommern	0,111	0,119	0,131	↗	2
Niedersachsen	0,071	0,077	0,084	↗	7
Nordrhein-Westfalen	0,063	0,067	0,069	↗	10
Rheinland-Pfalz	0,060	0,067	0,067	↗	11
Saarland	0,120	0,131	0,132	↗	1
Sachsen	0,114	0,120	0,122	↗	4
Sachsen-Anhalt	0,117	0,121	0,128	↗	3
Schleswig-Holstein	0,064	0,071	0,076	↗	8
Thüringen	0,094	0,101	0,108	↗	5
Mittelwert	0,075	0,081	0,085	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Die Maßnahmen der podologischen Therapie sind vom Grundsatz her nur dann verordnungsfähige Heilmittel, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß

infolge einer Diabetes-Erkrankung dienen. Die podologische Therapie kommt nur in Betracht bei Patientinnen und Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom, die ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden. Gemäß dieser Indikation wird eine Leistungspflicht der GKV ausgelöst. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass nicht vollständig 100 Prozent der Leistung aufgrund des Diabetischen Fußsyndroms verordnet werden, sondern Ärzte entgegen des Heilmittelkataloges – und damit entgegen der Leistungspflicht der GKV – auch Podologie bei anderen Diagnosen verordnen (wenn auch nur im Bereich unter fünf Prozent; bei Erkrankungen des Nervensystems, bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und bei sonstigen Erkrankungen). Besonderes Augenmerk muss jedoch auf diese Abweichung deswegen gelegt werden, weil der Anteil von 2013 bis 2015 leicht angestiegen ist (von etwa zwei auf rund fünf Prozent). Die Verordnungen der entsprechenden Heilmittel (Podologie) stammen von Hausärzten (Allgemeinmedizinern und hausärztlichen Internisten; lediglich ein Prozent entfällt auf die spezielle Arztgruppe der Diabetologen).

Tabelle 19: Auslösende Indikationen zu Leistungen der Podologie

Indikation	Anzahl Leistungen der Podologie		
	2013	2014	2015
Diabetisches Fußsyndrom	74.603	81.023	86.176
Erkrankungen des Nervensystems	16	20	13
Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane	17	5	8

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Die Anzahl der Leistungserbringer (je 1.000 Einwohner) für Leistungen der Podologie ist von 2013 bis 2015 in allen Bundesländern und im Gesamtmittelwert angestiegen (besonders hoch ist die Dichte auf der einen Seite in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, im Saarland, in Sachsen-Anhalt, in Sachsen und in Thüringen); besonders gering ist sie auf der anderen Seite in Bayern, Baden-Württemberg, in Hessen und in Bremen.

Tabelle 20: Podologie, Kosten je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro

Bundesland	Podologen			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	1.385,29	1.545,92	1.626,79	↗	15
Bayern	2.398,94	2.528,38	2.479,15	↗	3
Berlin	3.447,56	3.492,32	3.441,24	↘	2
Brandenburg	1.752,80	2.020,59	2.005,96	↗	11
Bremen	874,25	818,86	717,44	↘	16
Hamburg	2.382,08	2.267,24	2.264,47	↘	7
Hessen	2.040,11	2.288,57	2.307,78	↗	5
Mecklenburg-Vorpommern	1.928,99	2.210,95	2.289,54	↗	6
Niedersachsen	1.771,06	1.809,47	1.760,38	↘	13
Nordrhein-Westfalen	3.095,61	3.333,49	3.493,92	↗	1
Rheinland-Pfalz	1.980,97	1.959,75	2.194,32	↗	10
Saarland	1.506,19	1.569,81	1.661,70	↗	14
Sachsen	2.128,11	2.244,50	2.370,24	↗	4
Sachsen-Anhalt	1.967,46	2.201,91	2.204,47	↗	9
Schleswig-Holstein	2.148,02	2.220,19	2.253,08	↗	8
Thüringen	1.713,24	1.847,13	1.890,94	↗	12
Mittelwert	2.032,54	2.147,44	2.185,09	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Die Tabelle 21 zeigt erneut die Kosten gewichtet nach den Marktanteilen der BARMER GEK in den einzelnen Bundesländern (und standardisiert nach Alter und Geschlecht). Gefallen sind die Kosten in Berlin, Bremen, Hamburg und Niedersachsen, gestiegen sind sie in Nordrhein-Westfalen. In Bremen sind die Kosten nur halb so hoch wie in Nordrhein-Westfalen.

Tabelle 21 zu Karte 7: Podologie, Kosten hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Bundesland	Podologen			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	15.070,83	16.503,95	17.088,18	↗	5
Bayern	21.713,07	22.441,91	21.760,54	↗	2
Berlin	21.265,27	21.005,70	20.395,05	↘	3
Brandenburg	10.918,31	12.120,19	11.579,50	↗	15
Bremen	12.992,11	11.979,57	10.531,51	↘	16
Hamburg	16.804,59	15.884,45	15.909,79	↘	7
Hessen	13.347,99	14.760,56	14.734,78	↗	10
Mecklenburg-Vorpommern	12.740,21	14.105,88	13.965,82	↗	12
Niedersachsen	15.390,75	15.386,09	14.779,20	↘	9
Nordrhein-Westfalen	20.127,45	21.295,25	22.140,14	↗	1
Rheinland-Pfalz	14.288,00	13.904,09	15.348,09	↗	8
Saarland	11.932,04	12.009,65	12.438,65	↗	14
Sachsen	18.018,27	18.403,30	19.015,83	↗	4
Sachsen-Anhalt	15.196,06	16.450,43	15.920,92	↗	6
Schleswig-Holstein	13.235,76	13.409,84	13.403,50	↗	13
Thüringen	13.868,35	14.514,99	14.365,47	↗	11
Mittelwert	15.431,82	15.885,99	15.836,06	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Die verursachten Kosten der Leistungserbringer für die Leistungen der Podologie sind im Verlauf angestiegen – auf überaus hohem Niveau liegen sie in Berlin und in Nordrhein-Westfalen, ausgesprochen niedrig dagegen in Bremen und in Baden-Württemberg. In Bremen betragen sie im Durchschnitt nur rund 720 Euro, während sie dagegen in Berlin beziehungsweise Nordrhein-Westfalen bei 3.400 bis 3.500 Euro und damit fast fünfmal so hoch liegen.

Karte 7: Kosten für Podologie hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Die Anzahl der Leistungserbringer (je 1.000 Einwohner) für Leistungen der Podologie ist von 2013 bis 2015 in nahezu allen Bundesländern und im Gesamtmittelwert angestiegen (besonders hoch ist die Dichte aktuell in den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Saarland und Thüringen); besonders gering ist sie auf der anderen Seite in Bayern, Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen. In Baden-Württemberg und Bremen hat sie im Zeitverlauf abgenommen. Die Verordnungen in der Logopädie werden ganz überwiegend, wie auch in den Vorjahren, von Kinderärzten vorgenommen (30 Prozent).

Logopädie

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatrischen und neurophysiologischen Grundlagen.

Tabelle 22: Logopädie, Anzahl Leistungserbringer je 1.000 Einwohner nach Bundesländern

Bundesland	Logopädie, Sprachheilbehandler			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	0,119	0,116	0,113	↘	16
Bayern	0,113	0,114	0,117	↗	14
Berlin	0,156	0,160	0,161	↗	5
Brandenburg	0,162	0,167	0,175	↗	2
Bremen	0,177	0,178	0,162	↘	4
Hamburg	0,159	0,166	0,171	↗	3
Hessen	0,132	0,136	0,138	↗	13
Mecklenburg-Vorpommern	0,138	0,143	0,156	↗	7
Niedersachsen	0,139	0,143	0,144	↗	11
Nordrhein-Westfalen	0,112	0,113	0,115	↗	14
Rheinland-Pfalz	0,141	0,154	0,156	↗	8
Saarland	0,148	0,160	0,176	↗	1
Sachsen	0,144	0,139	0,148	↗	10
Sachsen-Anhalt	0,132	0,136	0,138	↗	12
Schleswig-Holstein	0,145	0,146	0,152	↗	9
Thüringen	0,153	0,156	0,160	↗	6
Mittelwert	0,142	0,146	0,149	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Sie dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlechterung zu vermeiden. Die Krankheitsbilder, welche die Verordnungen der Logopädie auslösen, sind mehrheitlich Störungen der Sprache (70 Prozent) sowie Störungen der Stimme und des Schluckaktes.

Tabelle 23: Logopädie, Kosten je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro

Bundesland	Logopädie, Sprachheilbehandler			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	3.747,12	4.103,42	4.211,28	↗	15
Bayern	4.139,16	4.356,85	4.400,88	↗	14
Berlin	6.740,44	7.190,38	7.660,35	↗	4
Brandenburg	7.347,61	7.764,70	7.771,80	↗	3
Bremen	1.982,08	1.934,31	2.199,37	↗	16
Hamburg	5.267,01	5.590,66	5.658,35	↗	9
Hessen	5.076,61	5.309,04	5.380,70	↗	11
Mecklenburg-Vorpommern	7.172,15	7.665,97	7.485,98	↗	5
Niedersachsen	4.850,97	5.136,16	5.207,42	↗	13
Nordrhein-Westfalen	7.870,09	8.522,80	8.861,87	↗	1
Rheinland-Pfalz	5.001,27	5.073,93	5.216,85	↗	12
Saarland	5.590,37	5.835,57	5.848,96	↗	7
Sachsen	5.446,19	6.009,52	5.769,40	↗	8
Sachsen-Anhalt	7.468,91	7.577,65	7.880,16	↗	2
Schleswig-Holstein	7.194,08	7.122,62	6.877,61	↘	6
Thüringen	5.492,09	5.481,93	5.386,20	↘	10
Mittelwert	5.649,13	5.917,22	5.988,57	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 25 gibt die Kosten gewichtet nach den Marktanteilen der BARMER GEK in den Bundesländern wieder. Gefallen sind die Kosten für die Logopädie in Schleswig-Holstein und in Thüringen. In allen anderen Bundesländern sind sie zum Teil erheblich angestiegen. In Bremen liegen die Kosten erneut nur halb so hoch wie in Nordrhein-Westfalen – ein Muster, das sich in vielen Bereichen der Heilmittelversorgung finden lässt.

Tabelle 24: Auslösende Indikationen zu Leistungen der Logopädie

Indikation	Anzahl Leistungen der Logopädie		
	2013	2014	2015
Störungen der Sprache	68.573	70.236	69.973
Störungen der Stimme	9.393	9.786	9.885
Störungen des Schluckaktes	5.567	6.239	6.972
Störungen des Redeflusses	1.957	1.983	1.823
Störungen der Stimm- und Sprechfunktion	433	488	530

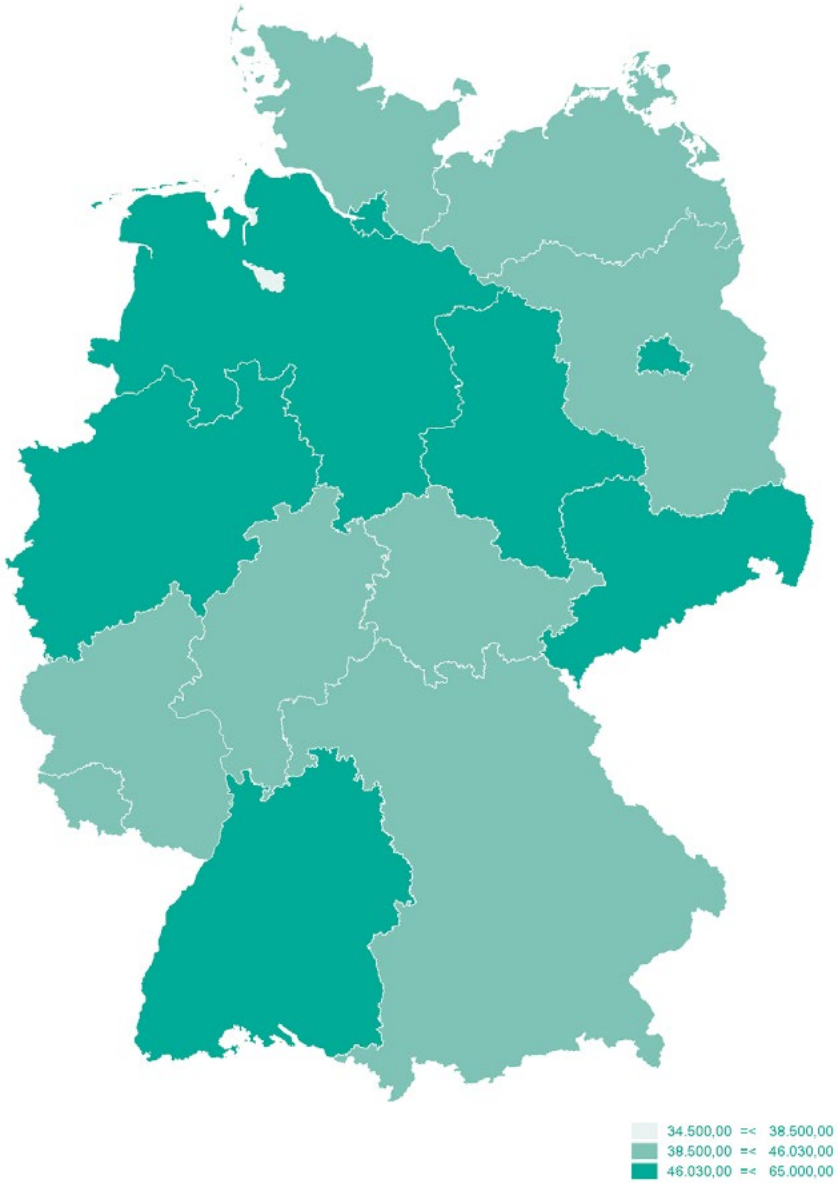
Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 25 zu Karte 8: Logopädie, Kosten hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Bundesland	Logopädie, Sprachheilbehandler			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	42.820,31	46.640,76	48.342,88	↗	5
Bayern	41.087,55	42.628,47	43.257,88	↗	9
Berlin	47.417,00	49.811,31	52.893,36	↗	3
Brandenburg	37.750,03	38.997,61	39.342,97	↗	15
Bremen	31.989,17	30.216,34	34.721,76	↗	16
Hamburg	44.463,54	46.540,35	47.311,22	↗	7
Hessen	37.381,04	38.698,90	39.529,64	↗	14
Mecklenburg-Vorpommern	42.390,88	43.907,30	42.519,43	↗	10
Niedersachsen	43.592,02	46.087,10	47.673,24	↗	6
Nordrhein-Westfalen	57.438,53	61.752,78	64.799,98	↗	1
Rheinland-Pfalz	38.834,99	39.001,21	40.223,92	↗	13
Saarland	39.477,93	40.780,22	41.209,91	↗	12
Sachsen	49.948,77	54.021,27	52.640,84	↗	4
Sachsen-Anhalt	52.241,49	53.136,78	55.775,35	↗	2
Schleswig-Holstein	46.929,10	45.657,41	44.497,97	↘	8
Thüringen	42.439,95	41.963,24	41.733,36	↘	11
Mittelwert	43.512,64	44.990,07	46.029,61	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Karte 8: Kosten für Logopädie
hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten



Die verursachten Kosten der Leistungserbringer für die Leistungen der Logopädie und Sprachbehandlung sind im betrachteten Zeitverlauf stark angestiegen (im Durchschnitt von rund 5.600 auf fast 6.000 Euro). Als Ausnahmen fallen Thüringen und Schleswig-Holstein auf – dort sind die Kosten zurückgegangen. Hoch liegt das Niveau in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern sowie in Berlin und Brandenburg.

Ergotherapie

Die Ergotherapie dient der Wiederherstellung und Entwicklung, aber auch zur Verbesserung der gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten. Sie greift auf komplexe aktivierende Methoden und Verfahren zurück. Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems und psychische Störungen haben 2015 zu den Verordnungen der Ergotherapie geführt.

Tabelle 26: Ergotherapie, Anzahl Leistungserbringer je 1.000 Einwohner (Bundesländer)

Bundesland	Ergotherapeuten			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	0,105	0,106	0,106	↗	15
Bayern	0,100	0,104	0,108	↗	14
Berlin	0,146	0,155	0,160	↗	7
Brandenburg	0,171	0,183	0,190	↗	3
Bremen	0,118	0,124	0,142	↗	11
Hamburg	0,157	0,165	0,164	↗	6
Hessen	0,113	0,118	0,117	↗	13
Mecklenburg-Vorpommern	0,139	0,136	0,142	↗	12
Niedersachsen	0,134	0,140	0,145	↗	10
Nordrhein-Westfalen	0,088	0,091	0,093	↗	16
Rheinland-Pfalz	0,139	0,145	0,150	↗	8
Saarland	0,173	0,166	0,180	↗	4
Sachsen	0,177	0,187	0,195	↗	2
Sachsen-Anhalt	0,160	0,169	0,177	↗	5
Schleswig-Holstein	0,142	0,143	0,146	↗	9
Thüringen	0,189	0,198	0,204	↗	1
Mittelwert	0,141	0,145	0,151	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Die Anzahl der Leistungserbringer (je 1.000 Einwohner) für Leistungen der Ergotherapie sind mit Ausnahme von Baden-Württemberg (im Wesentlichen auf eher niedrigem Niveau stabil) zum Teil deutlich angestiegen (insbesondere gilt das für die Bundesländer Sachsen, Berlin, Brandenburg und Thüringen). Hier sind die Dichten ohnehin hoch und im Zeitverlauf auch zum Teil stark angestiegen. Hoch ist die Dichte in Thüringen und Sachsen, niedrig dagegen in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern.

Tabelle 27: Ergotherapie, Kosten je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro

Bundesland	Ergotherapeuten			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	7.044,57	7.567,44	7.729,53	↗	14
Bayern	7.510,05	7.838,98	8.095,51	↗	13
Berlin	12.031,01	12.471,04	12.712,83	↗	2
Brandenburg	8.365,80	9.110,75	9.360,82	↗	10
Bremen	3.344,57	3.418,04	3.509,13	↗	16
Hamburg	9.903,72	9.987,32	10.251,83	↗	7
Hessen	8.535,35	8.699,03	9.162,67	↗	11
Mecklenburg-Vorpommern	10.354,87	11.847,62	12.630,40	↗	3
Niedersachsen	9.189,89	9.539,38	9.380,64	↗	9
Nordrhein-Westfalen	13.939,75	14.800,17	15.746,64	↗	1
Rheinland-Pfalz	9.040,40	9.302,87	9.708,95	↗	8
Saarland	9.763,28	10.552,64	10.655,26	↗	6
Sachsen	8.453,20	8.672,85	8.588,48	↗	12
Sachsen-Anhalt	10.360,26	10.585,39	11.220,95	↗	5
Schleswig-Holstein	11.178,61	12.035,16	12.022,70	↗	4
Thüringen	6.652,14	7.017,50	7.198,17	↗	15
Mittelwert	9.104,22	9.590,39	9.873,41	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 28: Auslösende Indikationen zu Leistungen der Ergotherapie

Indikation	Anzahl Leistungen der Logopädie		
	2013	2014	2015
Erkrankungen des Nervensystems	65.371	67.830	69.546
Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems	22.344	24.804	27.014
psychische Störungen	18.708	20.122	21.271
Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane	244	230	172

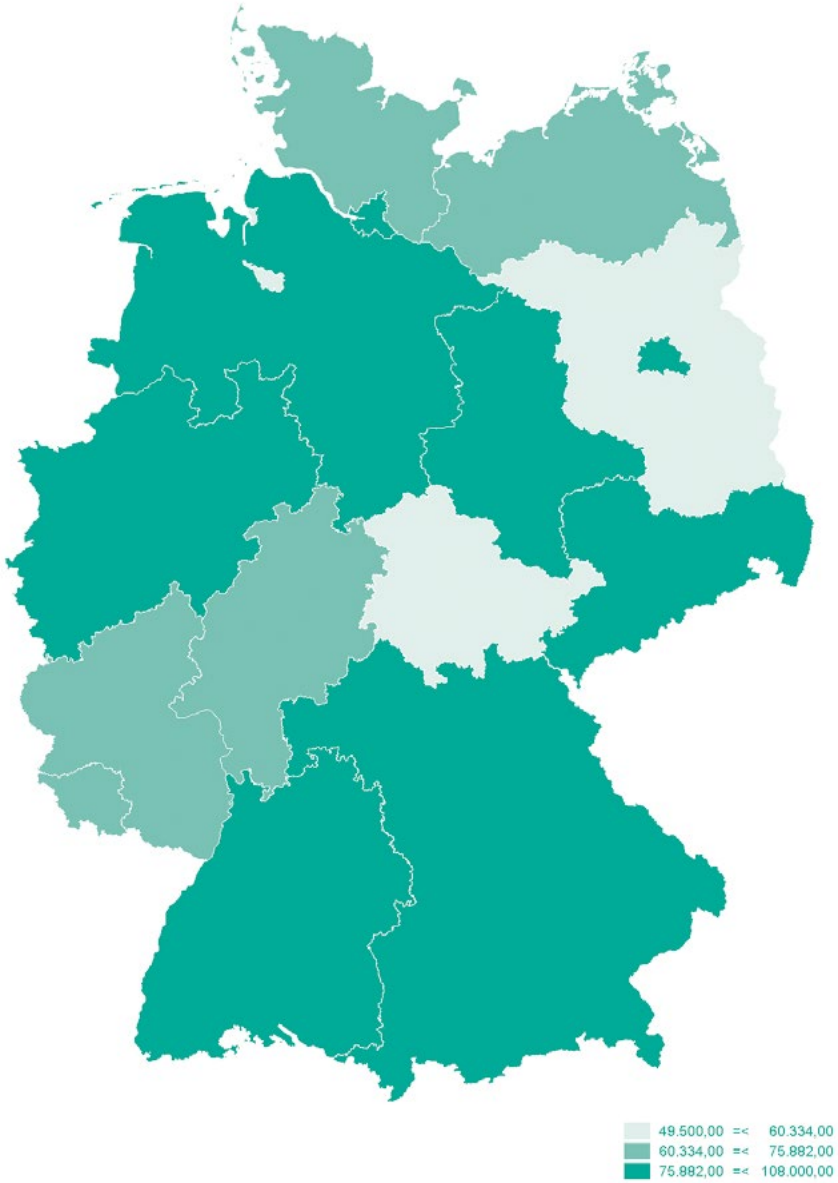
Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Tabelle 29 zu Karte 9: Ergotherapie, Kosten hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten

Bundesland	Ergotherapeuten			Veränderung 2013 - 2015	Rang 2015
	2013	2014	2015		
Baden-Württemberg	79.047,40	83.923,44	86.020,01	↗	2
Bayern	71.779,37	73.934,75	75.891,71	↗	8
Berlin	79.646,47	80.969,67	81.832,98	↗	4
Brandenburg	45.713,13	48.969,61	49.762,00	↗	16
Bremen	52.220,60	51.233,56	52.906,86	↗	15
Hamburg	77.586,58	77.702,67	79.817,62	↗	6
Hessen	60.636,60	60.657,28	63.811,58	↗	13
Mecklenburg-Vorpommern	62.518,53	70.334,72	74.635,18	↗	11
Niedersachsen	81.105,59	83.234,69	82.489,50	↗	3
Nordrhein-Westfalen	96.614,83	101.312,83	107.897,93	↗	1
Rheinland-Pfalz	68.091,95	69.178,56	71.618,01	↗	12
Saarland	70.074,34	74.191,08	75.182,45	↗	10
Sachsen	76.920,10	77.000,18	76.381,07	↘	7
Sachsen-Anhalt	77.404,39	76.685,30	80.636,27	↗	5
Schleswig-Holstein	71.338,81	75.666,79	75.871,59	↗	9
Thüringen	52.433,59	54.137,50	56.085,78	↗	14
Mittelwert	70.195,77	72.445,79	74.427,53	↗	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Karte 9: Kosten für Ergotherapie hochgerechnet je Leistungserbringer nach Bundesländern in Euro (über Alters- und Geschlechterverteilung) auf alle GKV-Versicherten



Die Kosten der Ergotherapie liegen höher als die Kosten der Logopädie beziehungsweise der Podologie. Die Kosten gewichtet nach den Marktanteilen der BARMER GEK in den einzelnen Bundesländern zeigen den hohen Anstieg in allen Bundesländern mit einer Ausnahme – in Sachsen sind die Kosten minimal gefallen. In Nordrhein-Westfalen sind die Kosten mehr als doppelt so hoch wie in Brandenburg und in Bremen (das bekannte Muster findet sich also auch in diesem Versorgungsbereich).

Die verursachten Kosten der Leistungserbringer für die Leistungen der Ergotherapie sind im Zeitverlauf im Durchschnitt und in allen Bundesländern von 2013 bis 2015 angestiegen. Auf hohem Niveau liegen sie in Nordrhein-Westfalen (15.800 Euro), Berlin (12.700 Euro), Mecklenburg-Vorpommern (12.600 Euro) und Schleswig-Holstein (12.000 Euro) – im Niveau auffällig niedrig sind sie in Bremen (mit 3.500 Euro auf Rangplatz 16).

4.3 Verordner der Heilmittelleistungen – Kosten insgesamt und Kosten je Verordner

Von Allgemeinmedizinern und Orthopäden werden die meisten Verordnungen ausgestellt und somit Kosten in diesem Bereich ausgelöst. In der Gruppe der hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner betrug der Anstieg mehr als zehn Prozent. Bei den Internisten lag der Anstieg sogar bei 20 Prozent. In etwa konstant sind die Kosten bei den Praktischen Ärzten.

Physiotherapie

Tabelle 30: Verordner für Physiotherapie (Kosten gesamt in Euro)

Arztgruppe	Verordner für Physiotherapie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	144.148.328	156.879.333	164.139.775	↗
andere/sonstige Fachgruppen	121.850.838	134.246.550	143.159.566	↗
Orthopädie	100.856.854	107.729.829	111.523.769	↗
Internist (Hausarzt)	50.392.622	56.162.353	60.357.539	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	21.206.314	21.946.707	21.446.041	↗
Frauenheilkunde	19.679.327	21.337.938	22.550.618	↗
Neurologie und Psychiatrie	17.625.865	18.599.043	18.766.524	↗
Chirurgie	16.611.007	17.642.433	18.148.447	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Ergotherapie

Tabelle 31: Verordner für Ergotherapie (Kosten gesamt in Euro)

Arztgruppe	Verordner für Ergotherapie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	23.722.636	25.637.447	27.414.562	↗
andere/sonstige Fachgruppen	18.066.121	20.870.260	24.611.842	↗
Kinderarzt (Hausarzt)	14.338.844	14.761.869	14.734.813	↗
Neurologie und Psychiatrie	8.976.579	9.808.401	9.855.594	↗
Internist (Hausarzt)	8.185.116	9.172.166	10.173.589	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	3.836.701	3.916.829	3.850.597	↗
Orthopädie	2.025.401	2.261.953	2.405.109	↗
Chirurgie	1.322.334	1.499.521	1.562.426	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Allgemeinmediziner und Kinderärzte sind die stärksten Verordner für die Ergotherapie (gemessen an den Kosten insgesamt). Über den Zeitraum von 2013 bis 2015 sind die Kosten der Verordnungen bei den Allgemeinmedizinern besonders stark angestiegen (rund 17 Prozent), bei den Internisten um mehr als 20 Prozent. In etwa konstant geblieben sind sie bei den Kinderärzten.

Logopädie

Tabelle 32: Verordner für Logopädie (Kosten gesamt in Euro)

Arztgruppe	Verordner für Logopädie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Kinderarzt (Hausarzt)	18.865.867	19.811.689	20.038.603	↗
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	10.058.964	10.788.532	11.599.827	↗
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	8.457.678	8.673.488	8.692.692	↗
andere	7.506.626	8.443.587	9.006.878	↗
Internist (Hausarzt)	3.512.613	3.943.379	4.244.404	↗
Neurologie und Psychiatrie	3.054.434	3.458.143	3.557.351	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	1.795.932	1.878.319	1.794.361	↗
Phoniatrie	1.530.083	1.667.376	1.612.626	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Für die Logopädie kommen die großen Anteile der Verordnungen (gemessen an den Kosten) aus den Arztgruppen der Kinderärzte, Allgemeinmediziner und HNO-Ärzte. Über den Zeitraum von 2013 bis 2015 sind die Kosten der Verordnungen in diesem Bereich angestiegen. Lediglich bei den Praktischen Ärzten bleiben die Kosten stabil beziehungsweise fallen leicht.

Podologie

Im Bereich der Podologie nehmen die Arztgruppen der Internisten und Allgemeinmediziner eine sehr deutliche Stellung ein. Über den Zeitraum von 2013 bis 2015 sind die Kosten der Verordnungen in diesem Bereich angestiegen. Besonders hoch und auffällig sind hier auch wieder die Anstiege bei den Arztgruppen der Allgemeinmediziner und Internisten (deutlich über 20 Prozent). Bei den Diabetologen fällt der Kostenanstieg von 2014 auf 2015 stark ab.

Tabelle 33: Verordner für Podologie (Kosten gesamt in Euro)

Arztgruppe	Verordner für Podologie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	5.002.669	5.720.339	6.271.885	↗
Internist (Hausarzt)	4.482.390	5.132.687	5.618.299	↗
andere	910.013	1.024.853	1.093.774	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	638.293	710.813	718.529	↗
Nephrologie	92.108	98.886	98.649	↗
Diabetologie u. Endokrinologie	86.289	95.315	87.462	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓

Physiotherapie

Mit Blick auf die Kosten der Heilmittelleistungen unter der Perspektive der Kosten je Verordner (in Euro) ergibt sich zum Teil ein abweichendes beziehungsweise differenzierteres Bild. Im Bereich der Physiotherapie steigen die Kosten je Verordner in fast allen ärztlichen Fachgruppen an. Lediglich bei den Orthopäden und bei den Gynäkologischen Onkologen bleiben die Kosten eher konstant. Die Fachdisziplinen der Rehabilitation und sowie die Orthopädie sind hier sehr stark.

Tabelle 34: Kosten je Verordner für Physiotherapie in Euro

Arztgruppe	Verordner für Physiotherapie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	23.146	25.086	26.309	↗
Rheumatologie	18.213	18.761	19.448	↗
Orthopädie	16.376	16.859	16.951	↗
Gynäkologische Onkologie	10.547	10.801	10.815	↗
Neurologie und Psychiatrie	8.130	8.827	9.177	↗
Chirurgie	6.736	7.275	7.506	↗
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	4.240	4.621	4.796	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	3.949	4.242	4.441	↗
Internist (Hausarzt)	3.891	4.223	4.423	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓ ↓

Ergotherapie

Die Ergotherapie wird im Wesentlichen bestimmt durch die Verordnergruppen der Neurologie und Psychiatrie (mit zehnprozentiger Steigerung über den betrachteten Zeitraum); im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie fallen aber die Kosten auffällig je Verordner über den betrachteten Zeitraum (während sie in der Erwachsenenversorgung weiterhin ansteigen).

Tabelle 35: Kosten je Verordner für Ergotherapie in Euro

Arztgruppe	Verordner für Ergotherapie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Neurologie und Psychiatrie	5.086	5.529	5.651	↗
Kinder- und Jugendpsychiatrie	4.539	4.629	4.414	↘
Kinder- und Jugendmedizin	2.557	2.609	2.571	↗
andere	1.744	1.833	1.933	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	1.737	1.784	1.868	↗
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	1.563	1.629	1.685	↗
Internist (Hausarzt)	1.526	1.579	1.624	↗

Arztgruppe	Verordner für Ergotherapie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Chirurgie	1.503	1.687	1.626	↗
Orthopädie	1.125	1.142	1.142	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓ ↓

Logopädie

Die Verteilung der Kosten je Verordner in der Logopädie wird ganz deutlich von der Facharztgruppe der Phoniatrie bestimmt. Insgesamt ist der Kostenanstieg hier eher gering, im Bereich der Gruppe der Kinder- und Jugendmedizin fallen die Kosten je Verordner sogar (ebenfalls bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Besonders stark dagegen ist der Anstieg in der Gruppe der Neurologen und Psychiater.

Tabelle 36: Kosten je Verordner für Logopädie in Euro

Arztgruppe	Verordner für Logopädie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Phoniatrie	12.751	13.667	13.327	↗
Kinderarzt (Hausarzt)	3.704	3.835	3.860	↗
andere	3.659	3.771	3.825	↗
Kinder- und Jugendmedizin	3.062	3.121	2.928	↘
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	2.476	2.571	2.583	↗
Neurologie und Psychiatrie	2.283	2.602	2.705	↗
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2.020	2.291	2.184	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	1.251	1.317	1.346	↗
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	1.059	1.119	1.157	↗
Internist (Hausarzt)	1.028	1.104	1.118	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓ ⇊ ↓

Podologie

Im Heilmittelbereich der Podologie sind die von Angiologen und Diabetologen ausgelösten Kosten erwartungsgemäß am höchsten. Über den Zeitraum von 2013 bis 2015 sind die Kosten, die von Angiologen ausgelöst werden, gefallen (das gilt auch weniger deutlich für die Nephrologen), während sie bei nahezu allen anderen Arztgruppen eher angestiegen sind (jeweils um zehn Prozent und mehr).

Tabelle 37: Kosten je Verordner für Podologie in Euro

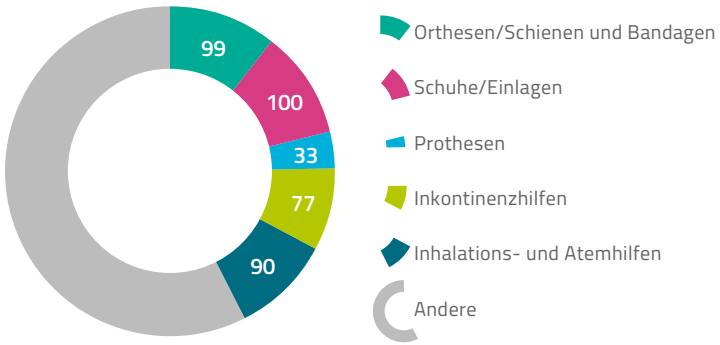
Arztgruppe	Verordner für Podologie,			Veränderung 2013 - 2015
	2013	2014	2015	
Angiologie	1.319	1.290	1.208	↘
Diabetologie und Endokrinologie	981	1.121	1.107	↗
Internist (Hausarzt)	575	622	645	↗
andere	479	503	555	↗
Nephrologie	354	360	341	↘
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	315	343	359	↗
Praktischer Arzt (Hausarzt)	294	314	335	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓ ↓ ↓ ↓

4.4 Hilfsmittelversorgung im Zeit- und Regionenvergleich

Insgesamt wurden für die Versicherten der BARMER GEK 936 Millionen Euro im Jahr 2015 ausgegeben. Welche Hilfsmittel haben die größte Bedeutung im Rahmen der Gesamtausgaben? Die in diesem Report betrachteten Hilfsmittel (Orthesen/Schienen, Bandagen und Schuhe/Einlagen) machen immerhin ein Viertel der Gesamtausgaben an Hilfsmitteln aus.

Abbildung 4: Gesamtausgaben für Hilfsmittel(-gruppen) in Millionen Euro



Quelle: BARMER GEK-Daten 2015

Hilfsmittel gewinnen in einer alternden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung, auch weil der technische Fortschritt, neue Werkstoffe, weiterentwickelte Herstellungs- und Fertigungsmethoden und neue Therapien das potenzielle Spektrum der Möglichkeiten immer weiter ausdehnen.

Hilfsmittel, hier konkret Schuhe, Bandagen und Orthesen, verursachen im deutschen Gesundheitssystem steigende Kosten – nicht überall, nicht bei allen Versichertengruppen, nicht in allen Regionen und Bundesländern gleichermaßen. Wo, wie stark und bei welchen Versicherten dies insbesondere geschieht, soll mithilfe der vorliegenden Analysen mit den Daten des Jahres 2015 beleuchtet werden.

Tabelle 38.1: Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2013 bis 2015 nach Bundesland

Bundesland	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Baden-Württemberg	89,95	97,97	95,32	↗
Bayern	92,67	101,33	99,63	↗
Berlin	94,20	104,69	101,95	↗
Brandenburg	83,53	94,24	95,49	↗
Bremen	87,61	100,30	100,56	↗
Hamburg	93,85	100,33	101,07	↗
Hessen	94,54	104,59	104,71	↗
Mecklenburg-Vorpommern	97,47	110,92	113,75	↗
Niedersachsen	95,22	104,88	105,98	↗
Nordrhein-Westfalen	103,65	114,30	111,53	↗
Rheinland-Pfalz	96,07	105,46	103,19	↗
Saarland	88,23	97,46	94,28	↗
Sachsen	109,73	124,24	122,89	↗
Sachsen-Anhalt	97,38	107,85	107,53	↗
Schleswig-Holstein	96,73	108,49	105,45	↗
Thüringen	110,98	124,61	124,89	↗
Mittelwert	96,69	106,85	105,46	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015↓ ⇊ ↓

Tabelle 38.2 zu Karte 10: Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2013 bis 2015 nach Bundesland, standardisiert nach Alter und Geschlecht auf alle Bundesländer

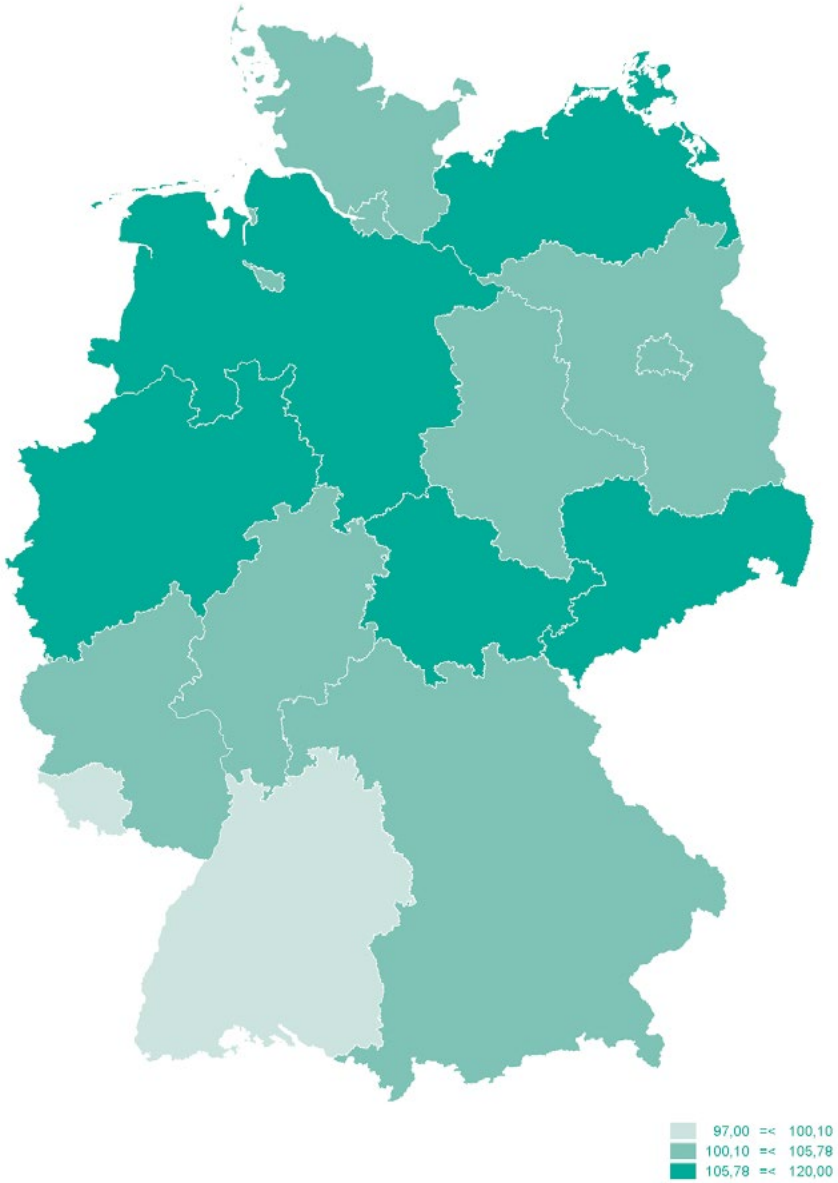
Bundesland	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Baden-Württemberg	94,49	102,05	97,91	↗
Bayern	96,05	104,33	101,24	↗
Berlin	100,40	109,85	104,77	↗
Brandenburg	93,70	102,85	101,97	↗
Bremen	92,51	104,64	104,05	↗
Hamburg	98,92	104,93	104,92	↗

Bundesland	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Verände-rung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Hessen	96,46	105,93	104,91	↗
Mecklenburg-Vorpommern	103,74	116,34	116,61	↗
Niedersachsen	97,87	106,82	106,34	↗
Nordrhein-Westfalen	104,83	114,36	110,01	↗
Rheinland-Pfalz	97,76	106,21	102,75	↗
Saarland	95,78	104,68	99,83	↗
Sachsen	102,18	112,69	108,02	↗
Sachsen-Anhalt	100,93	108,61	104,83	↗
Schleswig-Holstein	98,51	109,30	104,74	↗
Thüringen	111,91	122,51	119,61	↗
Mittelwert	99,13	108,51	105,78	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015, Daten standardisiert nach Alter und Geschlecht auf alle Bundesländer ↓ ⇊ ↓

Kapitel 4
Analysen zu Heil- und Hilfsmitteln

Karte 10: Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem 2013 bis 2015 nach Bundesland, standardisiert nach Alter und Geschlecht auf alle Bundesländer



Der Vergleich der Jahre 2014 und 2015 zeigt insgesamt einen Rückgang der Ausgaben für Hilfsmittel pro Versichertem (von durchschnittlich 107 auf 105 Euro pro Versichertem). Der Zwei-Jahres-Vergleich zeigt jedoch einen Anstieg in allen Bundesländern (im Durchschnitt von 97 auf 105 Euro) an.

Der Anstieg der Ausgaben stagniert jedenfalls im Jahr 2015 in bestimmten Bundesländern. Auffällig ist die Spannweite der Kosten von Minimum 94 Euro (Saarland) bis Maximum 125 Euro (Thüringen) – ein beträchtlicher regionaler Schwankungs-Unterschied von rund 25 Prozent. In Sachsen, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen sind die Ausgaben besonders hoch, in den Bundesländern Baden-Württemberg, Brandenburg und Saarland liegen die Kosten unter dem Gesamtdurchschnitt. Hohe Ausgaben finden sich in den östlichen Bundesländern und in Nordrhein-Westfalen. Ein Kostenanstieg ist nur feststellbar, wenn man die Jahre 2013 bis 2015 betrachtet. In der Gegenüberstellung 2014 und 2015 kommt es zu einer Ausgaben-Stabilität. Inwieweit die Ausgabenhöhe auf politische Strukturen oder etwa geografische Besonderheiten eines Ost-West- oder Nord-Süd-Gefälles zurückzuführen sind, lässt sich anhand der Daten nicht eindeutig sagen.

Der größte Effekt auf die Kosten geht im Betrachtungszeitraum von einer einzigen Hilfsmittel-Produktgruppe aus. Im Bereich der CPAP-Systeme zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen inklusive der Auto-CPAP-Systeme und der Sauerstoffkonzentratoren ist es zwischen 2013 und 2015 zu einem ganz erheblichen Rückgang der Kosten und der Anzahl der abgerechneten Versorgungen gekommen. Dieser Rückgang ist jedoch vornehmlich auf eine Änderung der vertraglichen Regelungen zwischen der BARMER GEK und ihren Vertragspartnern und nicht auf Änderungen in der Versorgung zurückzuführen. Zusammengefasst auf diese drei Produktbereiche gehen die Kosten (unter Berücksichtigung des dargestellten Vertragseffektes) von rund 65 Millionen Euro im Jahr 2013 auf rund 20 Millionen Euro (im Jahr 2015) zurück.

4.5 Spezielle Analysen für Hilfsmittelgruppen

Im Bereich der Versorgung der Versicherten mit Bandagen und Orthesen/Schienen ist über die letzten drei Jahre ein Anstieg der Kosten zu beobachten. Sie belaufen sich im Jahr 2015 nunmehr auf rund elf Euro pro Versichertem. Die Verordnung von Bandagen und Orthesen/Schienen findet bei vielen Versicherten statt. Bei diesen Verordnungen findet sich ein lineares Muster bezogen auf das Alter der Versicherten.

Tabelle 39: Ausgaben für Bandagen und Orthesen/Schienen pro Versichertem 2013 bis 2015 nach Bundesland

Bundesland	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Baden-Württemberg	11,39	12,05	12,03	↗
Bayern	11,50	12,49	12,59	↗
Berlin	12,40	13,36	13,29	↗
Brandenburg	9,27	10,35	10,91	↗
Bremen	10,49	10,63	11,48	↗
Hamburg	11,57	11,58	11,49	↘
Hessen	10,09	11,04	10,84	↗
Mecklenburg-Vorpommern	9,67	11,06	11,38	↗
Niedersachsen	9,78	10,34	10,50	↗
Nordrhein-Westfalen	9,88	10,82	11,03	↗
Rheinland-Pfalz	9,52	9,75	9,94	↗
Saarland	9,48	10,52	10,53	↗
Sachsen	8,83	9,95	9,63	↗
Sachsen-Anhalt	8,78	9,03	9,24	↗
Schleswig-Holstein	9,30	10,36	10,64	↗
Thüringen	10,19	11,30	11,52	↗
Mittelwert	10,13	10,91	11,07	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Betrachtet man die Ausgaben in Fünf-Jahres-Altersgruppen, ist festzustellen, dass die Ausgaben mit dem Lebensalter linear ansteigen und einen Höhepunkt in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen haben; ein auffälliger Kostenanstieg beginnt ab der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen. Insgesamt lässt sich eine gewisse Stabilität der Ausgaben für

Hilfsmittel von 2014 auf 2015 feststellen. Bei den Bandagen allein fällt das Absinken der Kosten pro Versichertem auf. Das Absinken der Ausgaben für Bandagen ist zu einem wesentlichen Teil auf die Umgruppierung von Produkten aus der Produktgruppe Bandagen in die Produktgruppe Orthesen des Hilfsmittelverzeichnisses zurückzuführen und somit nicht auf eine Entwicklung in der Versorgung. Bei der alleinigen Betrachtung der Verordnungen von Bandagen fällt aber ein sehr lineares Muster auf.

Auch hier findet sich ein Muster regionaler Schwankungen zwischen den einzelnen Bundesländern: Niedrige Ausgaben finden sich in Sachsen (9,63 Euro) und Sachsen-Anhalt (9,24 Euro), während die Ausgaben in Berlin (13,29 Euro) und in Bayern (12,59 Euro) etwa um den Faktor 1,3 höher liegen.

Tabelle 40: Ausgaben für Schuhe und Einlagen pro Versichertem 2013 bis 2015 nach Bundesland

Bundesland	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Veränderung 2013 bis 2015
	2013	2014	2015	
Baden-Württemberg	9,73	10,40	10,26	↗
Bayern	11,20	12,15	11,99	↗
Berlin	11,42	12,46	12,04	↗
Brandenburg	9,25	10,04	9,70	↗
Bremen	8,70	9,82	9,70	↗
Hamburg	8,96	9,56	9,83	↗
Hessen	9,80	10,59	10,60	↗
Mecklenburg-Vorpommern	11,09	11,90	12,05	↗
Niedersachsen	9,35	10,35	10,35	↗
Nordrhein-Westfalen	11,17	12,29	12,28	↗
Rheinland-Pfalz	9,80	10,76	10,63	↗
Saarland	12,79	14,70	13,77	↗
Sachsen	11,92	13,56	12,84	↗
Sachsen-Anhalt	10,25	10,78	10,30	↗
Schleswig-Holstein	8,58	9,09	9,34	↗
Thüringen	11,74	13,27	12,46	↗
Mittelwert	10,36	11,36	11,13	

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Im Bereich der Ausgaben für Schuhe und Einlagen ist ebenfalls ein starker Anstieg von 2013 auf 2014 um fast zehn Prozent festzustellen; vom Jahr 2014 auf das Jahr 2015 hat jedoch hier wieder ein sehr leichter Rückgang eingesetzt (auf nunmehr rund elf Euro pro Versichertem). Die Ausgaben im Bereich der Schuhe und der Einlagen beziehen sich vor allem auf orthopädische Schuhe, Bettungseinlagen und Kopieeinlagen. Bei den Schuhen zeigt sich ein spezieller Preiseffekt, da im Jahr 2013 ein Vertrag mit einer deutlichen Preisanhebung geschlossen und danach die Preise in drei weiteren jährlichen Schritten nochmals deutlich angehoben wurden. Eine abschließende Aussage kann somit nur mit einer Preisbereinigung getroffen werden. Bei den Einlagen isoliert zeigt sich ein etwa gleiches Niveau zwischen 2014 und 2015; der Anstieg der Kosten bei dieser Position fand zwischen 2013 und 2014 beziehungsweise 2015 statt. Die Anzahl der Personen, denen Schuhe und Einlagen verordnet werden, steigt ebenfalls an.

Bei Schuhen (und Einlagen) kann ein sehr lineares Muster beobachtet werden. Wenn man die Ausgaben in Fünf-Jahres-Altersgruppen betrachtet, ist festzustellen, dass die Ausgaben mit dem Lebensalter linear ansteigen und einen Höhepunkt in der Altersgruppe der 75-Jährigen haben; ein auffälliger Kostenanstieg beginnt etwa ab dem 50. Lebensjahr.

Besonders auffällig ist hier erneut der Unterschied zwischen einzelnen Bundesländern. Das Minimum liegt in Schleswig-Holstein (9,34 Euro) und das Maximum im Saarland bei 13,77 Euro. Die Ausgaben im Saarland sind damit um ein Drittel höher als die in Schleswig-Holstein.

Eine unterschiedliche Ausgaben- und Verordnungsmengenentwicklung bei Betrachtung der einzelnen Bereiche Maßschuhe, Schuhzurichtungen, Therapieschuhe und Diabetikerschutzschuhe ließ sich nicht feststellen. Auf eine Ergebnisdarstellung, die diese unterschiedlichen Bereiche getrennt ausweist, wird daher hier verzichtet.

Tabelle 41: Die zehn Hilfsmittelproduktgruppen mit den höchsten Ausgaben pro Versichertem

Rang 2015	Produktgruppe	Ausgaben pro Versichertem in Euro			Veränderung 2013 - 2015
		2013	2014	2015	
1	Hörhilfen	7,87	11,55	11,60	↗
2	Schuhe, Einlagen	10,32	11,36	11,31	↗
3	Bandagen, Orthesen/ Schienen	10,12	11,00	11,15	↗
4	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	13,84	14,46	10,09	↘
5	Inkontinenzhilfen	6,60	8,62	8,76	↗
6	Kranken-/Behinderten-fahrzeuge	7,99	8,22	8,27	↗
7	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	6,45	7,05	7,44	↗
8	Stomaartikel	4,73	5,38	5,57	↗
9	Applikationshilfen	2,93	3,20	5,16	↗
10	Prothesen	3,33	3,6	3,79	↗

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

Nur in bestimmten Bereichen der Hilfsmittelversorgung ist es zu Veränderungen der Ausgaben gekommen. Zu einem starken Rückgang ist es bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten gekommen. Ein Kostenanstieg dagegen hat stattgefunden bei Bandagen und Orthesen/Schienen und (sehr stark) bei Applikationshilfen. Relativ hohe Kosten entstehen bei den Inhalations- und Atemtherapiegeräten, bei den Bandagen, Orthesen und Schienen liegen die Kosten pro Leistungsempfänger bei rund 151 Euro, bei Schuhen liegen die Kosten bei durchschnittlich 72 Euro pro Leistungsempfänger.

Nicht unerwartet ist die Rangliste der TOP-10-Verordnungen, die von den Schuhen und Einlagen auf Rangplatz 1 beziehungsweise von Bandagen und Orthesen/Schienen auf Rangplatz 2 angeführt werden. Die Verordnungsquote ist insbesondere angestiegen bei den Applikationshilfen (sehr stark) sowie bei Orthesen, Schienen und Bandagen. Deutlich angestiegen sind auch die Verordnungsquoten bei Messgeräten für Körperzustände und Körperfunktionen.

Eine Veränderung ergibt sich hier, dies sei noch einmal wiederholt, im Bereich der Atemtherapiegeräte (CPAP-Geräte). Die Veränderungsraten lassen sich mit einem Vertragseffekt erklären.

Wie sieht nun die Rangliste der zehn Hilfsmittelproduktgruppen mit den höchsten Ausgaben pro Versichertem bezogen auf die Bundesländer aus?

Tabelle 42: Rangplätze der Hilfsmittelproduktgruppen mit den höchsten Ausgaben pro Versichertem 2015 nach Bundesland

Bundesland	Rangplatz 2015		
	Rangplatz 1	Rangplatz 2	Rangplatz 3
Baden-Württemberg	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Hörhilfen	Schuhe, Einlagen
Bayern	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Schuhe, Einlagen	Hörhilfen
Berlin	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Schuhe, Einlagen	Hörhilfen
Brandenburg	Hörhilfen	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Schuhe, Einlagen
Bremen	Hörhilfen	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Inhalations-/ Atemtherapiegeräte
Hamburg	Hörhilfen	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Inkontinenzhilfen
Hessen	Hörhilfen	Inhalations-/ Atemtherapiegeräte	Bandagen, Orthesen/ Schienen
Mecklenburg-Vorpommern	Hörhilfen	Schuhe, Einlagen	Bandagen, Orthesen/ Schienen
Niedersachsen	Hörhilfen	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Schuhe, Einlagen
Nordrhein-Westfalen	Schuhe, Einlagen	Hörhilfen	Inhalations-/ Atemtherapiegeräte
Rheinland-Pfalz	Hörhilfen	Inhalations-/ Atemtherapiegeräte	Schuhe, Einlagen
Saarland	Schuhe, Einlagen	Bandagen, Orthesen/ Schienen	Hörhilfen
Sachsen	Schuhe, Einlagen	Hörhilfen	Inkontinenzhilfen
Sachsen-Anhalt	Hörhilfen	Schuhe, Einlagen	Inhalations-/ Atemtherapiegeräte

Bundesland	Rangplatz 2015		
	Rangplatz 1	Rangplatz 2	Rangplatz 3
Schleswig-Holstein	Hörhilfen	Bandagen, Orthesen/Schienen	Inhalations-/Atemtherapiegeräte
Thüringen	Inhalations-/Atemtherapiegeräte	Schuhe, Einlagen	Hörhilfen

Quelle: BARMER GEK-Daten 2015

Die höchsten Ausgabenbeträge entfallen auf Bandagen und Orthesen/Schienen beziehungsweise auf Hörhilfen sowie Schuhe und Einlagen. In Nordrhein-Westfalen sind auch die Inhalations- und Atemtherapiegeräte unter den TOP-3 zu finden. In den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin und Bayern stehen Bandagen und Orthesen/Schienen auf dem Rangplatz 1. In den Bundesländern Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein stehen dagegen die Hörhilfen auf dem Spitzenplatz. Schuhe und Einlagen stehen auf dem Rangplatz 1 in Sachsen, im Saarland und in Nordrhein-Westfalen. In Thüringen sind es die Geräte zur Inhalation und Atemtherapie. Inkontinenzhilfen führen dagegen seltener die Rangliste auf den vorderen Plätzen an.

Tabelle 43: Rangplätze der Hilfsmittelproduktgruppen nach Ausgaben

Hilfsmittelproduktgruppe	Häufigkeit Rangplatz höchste Ausgaben		
	Rangplatz 1	Rangplatz 2	Rangplatz 3
Hörhilfen	8 mal	3 mal	4 mal
Bandagen, Orthesen/Schienen	3 mal	6 mal	2 mal
Schuhe, Einlagen	3 mal	5 mal	4 mal
Inhalations-/Atemtherapiegeräte	1 mal	2 mal	4 mal
Inkontinenzhilfen	-	-	2 mal

Quelle: BARMER GEK-Daten 2015

Tabelle 44: Die zehn Hilfsmittelproduktgruppen mit der höchsten Verordnungsquote in Prozent

Rang-platz 2015	Produktgruppe	Verordnungsquote pro Versichertem		
		2013	2014	2015
1	Schuhe, Einlagen	7,90	8,29	8,26
2	Bandagen, Orthesen/Schienen	6,09	6,47	6,57
3	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie	4,22	4,38	4,49
4	Inkontinenzhilfen	2,57	2,79	2,97
5	Gehhilfen	2,20	2,27	2,28
6	Inhalations- und Atemtherapiegeräte	1,93	1,85	1,67
7	Applikationshilfen	0,32	0,35	1,67
8	Sehhilfen	1,49	1,47	1,41
9	Kranken-/Behindertenfahrzeuge	1,05	1,07	1,09
10	Messgeräte für Körperzustände/-funktionen	0,45	0,51	1,07

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 bis 2015

KAPITEL 5
IMPLIKATIONEN

GESUNDHEITSPOLITISCH RELEVANTE IMPLIKATIONEN UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Sachverständigenrat (SVR) hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2005 bereits betont, dass die Gesundheitspolitik sich der Versorgungssegmente Heilmittel und Hilfsmittel stärker als bisher annehmen sollte – und das mit dem Ziel, die Transparenz, Effizienz und Effektivität der Versorgung zu verbessern. Dafür spreche, so der SVR damals, dass Heil- und Hilfsmittel Bestandteile der Rehabilitation behinderter, chronisch kranker, älterer und hochbetagter Menschen sind. Ihre Zahl werde aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland zukünftig ansteigen (SVR 2005).

Aktuell plant das Bundesgesundheitsministerium mit dem Entwurf eines Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG), die Qualität in der Hilfsmittelversorgung zu erhöhen. Darüber hinaus wird das Gesetz auch Auswirkungen auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere für Heilmittel haben.

5.1 Hilfsmittel

Der Versorgungsbereich der Hilfsmittel ist durch eine Vielfalt verschiedener Produkte gekennzeichnet. Ganz besonders fehlt es bei der Hilfsmittelversorgung an einer Dokumentations-Infrastruktur, die die Bewertung des Nutzens von Produkten ermöglichen würde (SVR 2005). Fragen der Qualitätssicherung sind in diesem Bereich bislang nur wenig thematisiert worden (Windeler et al. 2011).

An der Frage der Versorgungsqualität und deren Transparenz knüpft das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz an verschiedenen Punkten an. Grundsätzlich sollen neue Kriterien für die Hilfsmittelausschreibungen der Krankenkassen berücksichtigt werden. Neben dem Preis sollen in Zukunft zu mindestens 40 Prozent Qualitätskriterien wie etwa Lieferbedingungen oder die Verfügbarkeit eines Kundendienstes berücksichtigt werden. Weiterhin sollen die Krankenkassen bei Ausschreibungen eine ausreichende

Auswahl an Produkten für die Versicherten sicherstellen (BARMER GEK 2016). Von entscheidender Bedeutung werden aber weiterhin die in den Verträgen verankerten und verpflichtenden Qualitätsanforderungen sein.

In diesem Kontext kommt auch dem Hilfsmittelverzeichnis eine besondere Bedeutung zu. Es ist ein wichtiges Instrument zur Strukturierung des Hilfsmittelmarktes und muss eine Transparenz über die Produkte und die Hersteller ermöglichen. Aufgrund dieser Bedeutung des Hilfsmittelverzeichnisses wird der GKV-Spitzenverband nach dem HHVG verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis und dort sämtliche Produktgruppen, die seit dem 30. Juni 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung zu unterziehen. Die Systematik dieser Prüfung muss transparent und verbindlich für alle Beteiligten in Form einer Prüfrichtlinie vorliegen. Daher wird der GKV-Spitzenverband zur Verabschiedung einer Verfahrensordnung verpflichtet. Zusätzlich sollte aber auch Klarheit darüber hergestellt werden, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses lediglich Mindestanforderungen darstellen, über die die Krankenkassen in ihren Verträgen hinausgehen können (BARMER GEK 2016).

Das bestehende Informationsangebot auf der Grundlage des Hilfsmittelkatalogs könnte deutlich erweitert werden. Vor allem sind hier Informationen über definierte und konsentierte Qualitätseigenschaften (etwa aus Anwender- oder Nutzersicht, Studienergebnisse oder Praxistests, qualitätsindikatorgestützte Testreihen) denkbar. Zusätzliche Informationen dieser Art könnten geeignete Voraussetzungen sowohl für die Aufnahme in den Katalog als auch für eine informierte Entscheidungsfindung durch Ärzte, Leistungserbringer, Versicherte und Krankenkassen sein. Dies könnte ergänzt werden durch eine Hilfsmittelberatung seitens der Krankenkassen. Und auch die Ärzteschaft könnte in ihrer Ausbildung vertiefte Kenntnisse über die spezifischen Leistungen und inhärenten Eigenschaften von Hilfsmitteln verankern.

Von entscheidender Bedeutung im Sinne der Versorgungsqualität ist auch die im Gesetzentwurf für die Zukunft festgeschriebene Verpflichtung der Krankenkassen, ein Vertragscontrolling durchzuführen. Dazu müssen die Leistungserbringer den Krankenkassen bestimmte Informationen und Auskünfte (im Rahmen der so genannten

Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen) übermitteln. Es ist zu begrüßen, dass hier die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihre Versicherten bei der Hilfsmittelversorgung, insbesondere mit Blick auf das Thema Aufzahlungen, besser beraten zu können.

Zu jedem Heil- und Hilfsmittel gehört schließlich nicht der einfache Konsum oder das „Abholen" eines Heil- oder Hilfsmittels, sondern darüber hinaus auch Informationen über die Ergebnisqualität, die tatsächliche Nutzung eines Hilfsmittels sowie zur Zufriedenheit der Versicherten mit den Produkten und Dienstleistungen der Leistungsanbieter. Valide Informationen hierüber können über gezielte freiwillige Versichertenbefragungen gewonnen werden.

5.2 Heilmittel

Die Einkommenssituation der Heilmittelerbringer soll im Rahmen des HHVG verbessert werden. Die in diesem Report dargelegten Entwicklungen zeigen, dass in den vergangenen drei Jahren eine teils erhebliche Kostensteigerung von im Mittel fünf Prozent bereits vollzogen ist. Zudem sind die Umsätze der Heilmittelerbringer ebenfalls gestiegen. Hält man die Entwicklung der Grundlohnsumme dagegen, die bei rund 2,5 Prozent liegt, sind hier bereits überdurchschnittliche Steigerungen realisiert worden. Die Ausgabensteigerung über alle Leistungserbringer von 2013 auf 2014 lag sogar bei plus neun Prozent.

Mit dem Wegfall der Grundlohnsummenanbindung für Heilmittelerbringer entfällt die bisherige Begrenzung der Vergütungsanhebungen. Damit kann es zu erheblichen Mehrausgaben in der Heilmittelversorgung kommen. An dieser Stelle droht eine weitere Kostenbelastung der Krankenkassen.

Entscheidend ist hier die Frage nach den Ursachen der Ausgabensteigerungen. Als mögliche Einflussfaktoren kommen vor allem die Anzahl der Leistungserbringer und Preise, die im Rahmen oder gar oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung gestiegen sind, infrage.

Es wurde festgestellt, dass die regionalen Unterschiede mit der Dichte beziehungsweise Anzahl der Leistungserbringer, die regional erheblich differiert, korrelieren. Hier ist zu klären, ob die Inanspruchnahme von Heilmitteln immer leitlinienentsprechend erfolgt oder ob auch eine Art „angebotsinduzierter Nutzung" von Heilmitteln zu den beobachteten Unterschieden beiträgt.

Die Feststellungen des vorliegenden Reports verdeutlichen, dass aufgrund der vorliegenden kontinuierlichen Ausgabensteigerungen eine Ermächtigung der Heilmittelerbringer zur Festlegung des Umfangs der Heilmittelanwendung – wie durch das geplante Gesetz im Rahmen von regionalen Modellvorhaben vorgesehen – nur unter restriktiven Rahmenbedingungen (Genehmigung des Einzelfalls bei den Krankenkassen oder budgetierte finanzielle Verantwortung der Heilmittelerbringer für ihr Handeln unter der Voraussetzung der Geltung der Heilmittelrichtlinie für die Modellvorhaben) umgesetzt werden könnte, um weitere negative Ausgaben- und Mengenwirkungen für die Krankenkassen zu vermeiden.

KAPITEL 6
HÄUFIGE FRAGEN UND ANTWORTEN ZUM THEMA HEIL- UND HILFSMITTEL

HÄUFIGE FRAGEN UND ANTWORTEN ZUM THEMA HEIL- UND HILFSMITTEL

Was versteht man genau unter Heilmitteln?

Heilmittel sind nach einer Richtlinie des G-BA als persönlich zu erbringende medizinische Leistungen definiert. Sie umfassen die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie. Beispiele für Heilmittel im Bereich der physikalischen Therapie sind die klassische Massagetherapie oder Krankengymnastik. Podologische Therapie wird verordnet, wenn eine Erkrankung an Diabetes mellitus zu krankhaften Fußschädigungen geführt hat. Auch die Sprachtherapie, die der Wiederherstellung der sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten dient, oder Maßnahmen der Ergotherapie, wie eine motorisch-funktionelle Behandlung zur Entwicklung oder Verbesserung der Grob- und Feinmotorik, sind Beispiele für verordnete Heilmittel.

Was sind Hilfsmittel?

Unter Hilfsmitteln versteht man Sachleistungen, die von den Krankenkassen im Rahmen der Behandlung erbracht werden. Versicherte haben Anspruch auf eine Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg im Krankheitsfall zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hilfsmittel können körperliche oder geistige Funktionseinschränkungen ausgleichen oder therapeutischen Zwecken dienen. Klassische Hilfsmittel sind Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen oder Rollstühle. Auch orthopädische Schuhe, Kompressionsstrümpfe, Prothesen, Blutzuckermessgeräte oder Software für den Arbeitsplatz können solche Hilfsmittel sein. Darüber hinaus gehören Verbrauchsartikel wie Inkontinenzhilfen und Stomaartikel zu der Gruppe der Hilfsmittel.

Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen vor der Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist.

Was ist das Hilfsmittelverzeichnis, und wo findet man die aktuelle Version davon?

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) erstellt nach § 139 SGB V ein Hilfsmittelverzeichnis inklusive Pflegehilfsmittelverzeichnis. Das Hilfsmittelverzeichnis führt die von der Leistungspflicht der Krankenkassen (und der Pflegekassen) umfassten Hilfsmittel auf. Das Verzeichnis gliedert sich in unterschiedliche Produktgruppen (je nach Therapieziel). Das aktuelle Hilfsmittelverzeichnis veröffentlicht der GKV-SV auf seiner Internetseite (https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/HimiWeb/hmvAnzeigen_input.action).

Gibt es eine Verordnungspflicht für Hilfsmittel?

In der Regel verlangen die Krankenkassen grundsätzlich eine ärztliche Verordnung, insbesondere wenn eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch erforderlich ist. Die Verordnung von Hilfsmitteln regelt der G-BA in der Hilfsmittelrichtlinie. Dagegen ist es notwendig, dass die Krankenkassen eine Genehmigung für ein Hilfsmittel erteilen (es sei denn, sie haben in ihren Verträgen auf eine Genehmigung verzichtet und eine direkte Abrechnung durch ihren Vertragspartner ermöglicht). Hat eine Krankenkasse ein Hilfsmittel genehmigt, kann der Versicherte dieses nur von Anbietern beziehen, mit denen seine Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat (dies gilt auch für direktabrechnungsfähige Hilfsmittel). In Ausnahmefällen und bei berechtigtem Interesse können Versicherte abweichend davon einen anderen Leistungserbringer wählen, müssen dann jedoch eventuelle Mehrkosten selbst übernehmen. In der Regel erstatten die gesetzlichen Krankenkassen nur die Kosten für Produkte, die im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt werden.

Wann und wie werden Heilmittel verordnet?

Auch die Verordnung von Heilmitteln regelt der G-BA in einer entsprechenden Richtlinie. Sie basiert auf der Grundannahme, dass ein Therapieziel in der Regel mit einer Höchstmenge an bestimmten Behandlungen erreicht werden kann. Der Heilmittelkatalog regelt diese Gesamtverordnungsmengen. Zunächst kann nur eine in diesem Katalog definierte Teilmenge verordnet werden – die sogenannte Erstverordnung (bei Erkrankungen mit voraussichtlich kurzfristigem Verlauf ein bis zu sechs beziehungsweise zehn Behandlungen; bei Erkrankungen mit voraussichtlich langfristigem Verlauf auch zwölf und mehr Behandlungen). Falls der Arzt es für notwendig erachtet, kann er nach Begutachtung des Zustandes des Patienten Folgebehandlungen verordnen, bis die Gesamtverordnungsmenge erreicht ist. Bei besonders schweren Erkrankungen kann der Arzt auch über diese Gesamtverordnungsmenge hinaus Heilmittel verordnen (sogenannte Verordnung außerhalb des Regelfalls). Diese Verordnungen müssen von der Krankenkasse genehmigt werden, wenn die Krankenkasse nicht auf die Genehmigung verzichtet hat. Die Abgabe von Heilmitteln zulasten der GKV setzt eine Verordnung durch einen Vertragsarzt voraus. Heilmittel können zulasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind. Maßnahmen, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist, sind im Rahmen der GKV nicht verordnungsfähig.

Welche Rolle spielt der Gemeinsame Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist eine Einrichtung, der eine Schlüsselrolle im deutschen Gesundheitswesen zukommt. Ihm obliegt es, rechtsverbindliche Entscheidungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu treffen. Damit betreffen seine Verordnungen und Richtlinien etwa 70 Millionen gesetzlich krankenversicherte Menschen in Deutschland. Sowohl die Hilfsmittel- als auch die Heilmittel-Richtlinie sowie viele weitere Richtlinien und Verordnungen werden vom G-BA formuliert, beschlossen und laufend aktualisiert. Diese Richtlinien sind für alle gesetzlich Krankenversicherten, Ärzte und Leistungserbringer in der GKV rechtlich bindend.

Woran erkennt man ein Hilfsmittel in guter Qualität?

Im Hilfsmittelverzeichnis können besondere Qualitätsanforderungen für Hilfsmittel im Hinblick auf ihre Indikation und ihren Einsatz festgeschrieben werden. Ein Hilfsmittel wird grundsätzlich nur in den Katalog aufgenommen, wenn der Hersteller die festgelegten Qualitätsanforderungen erfüllt. In der Regel reicht die CE-Kennzeichnung aus, in Einzelfällen kann jedoch der Nachweis über zusätzliche Prüfungen gefordert werden. Die Krankenkassen sowie ihre Verbände und Arbeitsgemeinschaften müssen in den Verträgen nach § 127 SGB V sicherstellen, dass bei der Abgabe von Hilfsmitteln die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V festgelegten Qualitätsanforderungen, die Produkte und die zusätzlich zu erbringenden Leistungen beachtet werden (G-BA 2016). Grundsätzlich soll ein Vertragsarzt überprüfen, ob das Hilfsmittel der Verordnung entspricht und ob es den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt wurde. Generell zeichnet sich ein „gutes" Hilfsmittel dadurch aus, dass es die individuelle Behinderung oder Einschränkung des Versicherten ausreichend ausgleicht.

Muss das Hilfsmittel am Ende einer Behandlung zurückgegeben werden?

Auf diese Frage lassen sich unterschiedliche Antworten geben. Verbrauchshilfsmittel müssen logischerweise nicht zurückgegeben werden. Gebrauchshilfsmittel müssen grundsätzlich auch bei starkem und regelmäßigem Gebrauch zurückgegeben werden, es sei denn, sie sind individuell angepasst und auch nicht mehr auf andere Patienten anpassbar (wie etwa orthopädische Schuhe oder Einlagen). Hilfsmittel, die zur leihweisen Benutzung übergeben wurden und Eigentum der Krankenkasse oder Eigentum eines Leistungserbringers sind, müssen je nach vertraglicher Rahmenbedingung zurückgegeben werden. Sie werden nach Ablauf der Behandlung zum Beispiel an die Apotheke oder das Sanitätshaus zurückgegeben. Die Nutzungskosten werden mit einer Verordnung von den Krankenkassen übernommen. Hilfsmittel, die in das Eigentum des Versicherten übergehen (etwa spezielle Maßanfertigungen), oder Hilfsmittel von geringem Wert (beispielsweise Krücken) müssen nicht zurückgegeben werden.

ANHANG

LITERATUR UND INTERNETLINKS

Arbeitsgruppe Epidemiologische Methoden der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie – DAE (2016): Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Empfehlungen_GEP.pdf) (Download am 11. Juli 2016).

BARMER GEK (2016): Berlin kompakt. Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt. Nr. 8, 24. Juni 2016. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2015): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung 2003 bis 2014. KF 15 Bund. Stand Juni 2016.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. https://www.dve.info/ergotherapie/definition.html

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2016): Richtlinie Hilfsmittel-Richtlinie Stand: 17. Dezember 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011, 15. März 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 10. April 2012 B2 in Kraft getreten am 1. April 2012 zuletzt geändert am 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23. März 2016 B1 in Kraft getreten am 24. März 2016.

Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 96 2247, in Kraft getreten am 1. Juli 2011.

GKV-Spitzenverband (2016): Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 8. Juni 2016.

GKV-Spitzenverband (2015): Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis. Stand des Verzeichnisses: 6. Juli 2015.

Monitor Versorgungsforschung (2016): Reform der Hilfsmittelversorgung notwendig. www.monitor-versorgungsforschung.de/news/reform-der-hilfsmittelversorgung-notwendig (Download am 27. Juli 2016).

Müller, R., H. Rothgang und G. Glaeske (Hrsg.) (2015): BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 34. Berlin.

Sauer, K., H. Rothgang und G. Glaeske (2014): BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28. Berlin.

Sauer, K., C. Kemper, J. Schulze und G. Glaeske (2013): BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 22. Berlin.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gesundheit – Gutachten 2005, Abschnitt 6, Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=91 (Download am 12. Juli 2016).

Swart, E., H. Gothe, S. Geyer, J. Jaunzeme, B. Maier, T. Grobe und P. Ihle (2014): Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen - 3. Fassung, Version 2012/2014. In: Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, medizinischer Dienst, Band 77 2015 2. Stuttgart. S. 120–126.

Uni Witten/Herdecke (2010): Erste Tagung zur Hilfsmittelversorgung in Witten (Uni Witten/Herdecke). www.uni-wh.de/aktuelles/detailansicht/artikel/medizinische-hilfsmittel-keiner-weiss-so-recht-wer-was-wirklich-braucht-2 (Download am 27. Juli 2016).

Windeler, J., S. Sauerland und A.-S. Ernst (2011): Warum Medizinprodukte in Deutschland einer besseren Regulierung bedürfen. In: U. Repschläger, C. Schulte und N. Osterkamp (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2011. Beiträge und Analysen. Wuppertal 2011. S. 152–166.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CPAP	continuous positive airway pressure, kontinuierlicher, positiver Druck auf die Atemwege
DAE	Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESC	European Society of Cardiology
FDA	Food and Drug Administration
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GEP	Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GPS	Gute Praxis der Sekundärdatenanalyse
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG)
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat

Anhang
Abkürzungsverzeichnis

PUBLIKATIONEN ZUR SCHRIFTENREIHE

In der BARMER GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, sind bisher erschienen:

Band 1 Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport.
ISBN 978-3-537-44101-0 Euro 14,90

Band 2 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittel-Report 2010.
ISBN 978-3-537-44102-7 Euro 14,90

Band 3 Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010.
ISBN 978-3-537-44103-4 Euro 14,90

Band 4 Sauer, K., Kemper, C., Kaboth, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010.
ISBN 978-3-537-44104-1 Euro 14,90

Band 5 Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2010.
ISBN 978-3-537-44105-8 Euro 14,90

Band 6 Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2011.
ISBN 978-3-537-44106-5 Euro 14,90

Band 7 Schäfer, T., Schneider, A., Mieth, I.: BARMER GEK Zahnreport 2011.
ISBN 978-3-537-44107-2 Euro 14,90

Band 8 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2011.
ISBN 978-3-537-44108-9 Euro 14,90

Band 9 Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Mieth, I., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011.
ISBN 978-3-537-44109-6 Euro 14,90

Band 10 Sauer, K., Kemper, C., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2011.
ISBN 978-3-537-44110-2 Euro 14,90

Band 11 Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2011.
ISBN 978-3-537-44111-9 Euro 14,90

Band 12 Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2012.
ISBN 978-3-537-44112-6 Euro 14,90

Band 13 Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Zahnreport 2012.
ISBN 978-3-943-74478-1 Euro 14,90

Band 14 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2012.
ISBN 978-3-943-74479-8 Euro 14,90

Band 15 Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2012.
ISBN 978-3-943-74480-4 Euro 14,90

Band 16 Kemper, C., Sauer, K., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012.
ISBN 978-3-943-74481-1 Euro 14,90

Band 17 Rothgang, H., Müller, R., Unger, R., Weiß, C., Wolter, A.: BARMER GEK Pflegereport 2012.
ISBN 978-3-943-74482-8 Euro 14,90

Band 18 Grobe, T.G., Bitzer, E.M., Schwartz, F.W.: BARMER GEK Arztreport 2013.
ISBN 978-3-943-74483-5 Euro 14,90

Band 19 Schäfer, T., Schneider, A., Hussein, R., Bitzer, E.M.: BARMER GEK Zahnreport 2013.
ISBN 978-3-943-74484-2 Euro 14,90

Band 20 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74485-9 Euro 14,90

Band 21 Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Neusser, S., Lorenz, C.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2013.
ISBN 978-3-943-74486-6 Euro 14,90

Band 22 Sauer, K., Kemper, C., Schulze, J., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013.
ISBN 978-3-943-74487-3 Euro 14,90

Band 23 Rothgang, H., Müller, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2013.
ISBN 978-3-943-74488-0 Euro 14,90

Band 24 Grobe, T. G., Heller, G., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2014.
ISBN 978-3-943-74489-7 Euro 14,90

Band 25 Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2014.
ISBN 978-3-943-74490-3 Euro 14,90

Band 26 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2014.
ISBN 978-3-943-74491-0 Euro 14,90

Band 27 Bitzer, E. M., Bohm, S., Hartmann, A., Priess, H.-W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2014.
ISBN 978-3-943-74492-7 Euro 14,90

Band 28 Sauer, K., Rothgang, H., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014.
ISBN 978-3-943-74493-4 Euro 14,90

Band 29 Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2014.
ISBN 978-3-943-74494-1 Euro 14,90

Band 30 Grobe, T. G., Klingenberg, A., Steinmann, S., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2015.
ISBN 978-3-943-74495-8 Euro 14,90

Band 31 Rädel, M., Hartmann, A., Bohm, S., Priess, H.-W., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2015.
ISBN 978-3-943-74496-5 Euro 14,90

Band 32 Glaeske, G., Schicktanz, C.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2015.
ISBN 978-3-943-74497-2 Euro 14,90

Band 33 Bitzer, E. M., Lehmann, B., Bohm, S., Priess, H.-W.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2015.
ISBN 978-3-943-74498-9 Euro 14,90

Band 34 Müller, R., Rothgang, H., Glaeske, G.: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015.
ISBN 978-3-943-74499-6 Euro 14,90

Band 35 Trittin, C. (Hrsg.): Versorgungsforschung zwischen Routinedaten, Qualitätssicherung und Patientenorientierung.
ISBN 978-3-943-19900-7 Euro 14,90

Band 36 Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Unger, R.: BARMER GEK Pflegereport 2015.
ISBN 978-3-946-19901-4 Euro 14,90

Band 37 Grobe, T. G., Steinmann, S., Szecsenyi, J.: BARMER GEK Arztreport 2016.
ISBN 978-3-946-19902-1 Euro 14,90

Band 38 Rädel, M., Bohm, S., Priess, H.-W., Walter, M.: BARMER GEK Zahnreport 2016.
ISBN 978-3-946199-03-8 Euro 14,90

Band 39 Grandt, D., Schubert, I.: BARMER GEK Arzneimittelreport 2016
ISBN 978-3-946199-04-05 Euro 14,90

Band 40 Augurzky, B., Wübker, A., Pilny, A., Fels, K., Bohm, S., Priess, H.-W., Reinacher, U., Lehmann, B.: BARMER GEK Report Krankenhaus 2016
ISBN 978-3-946199-05-2 Euro 14,90

AUTORENVERZEICHNIS

Thomas Brechtel, Dr. phil., M.A., Sozialwissenschaftler, Geschäftsführer 37 Grad Analyse und Beratung GmbH, Köln.

Daniel Grandt, Prof. Dr. med., Chefarzt Klinik für Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken gGmbH.

Nils Kossack, Diplom-Mathematiker, Leiter Bereich Analytik und Datenmanagement WIG2 GmbH, Leipzig.

Ralf Zöll, Geschäftsführer 37 Grad Analyse und Beratung GmbH, Köln.

BUNDESLÄNDER DEUTSCHLAND

Anhang
Bundesländer

1. Baden-Württemberg
2. Bayern
3. Berlin
4. Bremen
5. Brandenburg
6. Hamburg
7. Hessen
8. Schleswig-Holstein
9. Mecklenburg-Vorpommern
10. Niedersachsen
11. Nordrhein-Westfalen
12. Rheinland-Pfalz
13. Saarland
14. Sachsen
15. Sachsen-Anhalt
16. Thüringen